



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TEMA

**CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA OBESIDAD EN
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS DE LA COMUNIDAD AYANGUE. SANTA
ELENA. 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR

TOALA LAINEZ GRACE EVELYN

TUTORA

LIC. DÍAZ AMADOR YANEDSY, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2021-1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS**

Lic. Milton González Santos, Mgt
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA
SALUD**

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
**DIRECTORA DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Ing. Juan Enrique Fariño Cortez, Ph.D
DOCENTE DE ÁREA



Firmado electrónicamente por:
**YANEDSY
DIAZ**

Lic. Yanedsy Díaz Amador, MSc.
TUTORA

Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 30 de agosto del 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación: CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS DE LA COMUNIDAD AYANGUE. SANTA ELENA. 2021, elaborado por la Srta. TOALA LAINEZ GRACE EVELYN, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.
TUTORA

DEDICATORIA

Mi profundo agradecimiento a las autoridades que pertenecen a la Universidad Estatal Península de Santa Elena en especial a la Facultad de Enfermería por brindarme la educación de sus docentes que con sus enseñanzas brindadas me formó como un profesional.

De igual manera mis agradecimientos a la Lic. Díaz Amador Yanedsy, tutora del proyecto de investigación por guiarme en el desarrollo del trabajo y compartir sus conocimientos y enseñanzas.

Finalmente agradecer a las personas colaboradores del proyecto quienes me brindaron datos para el desarrollo de la investigación que con su participación se llegó a obtener resultados satisfactorios y brindar información a investigaciones futuras.

Grace Evelyn Toala Láinez

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena dedico este proyecto de investigación por la enseñanza y dedicación de sus docentes que con lo aprendido he llegado a finalizar una de mis metas, en especial a mi tutora la Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc., por inculcarme su conocimiento y apoyarme durante la investigación.

A los profesionales de Salud que me guiaron en el camino de las prácticas pre profesionales y enseñarme que hay un mundo de formación que aprender.

A mis padres José Tóala Maldonado y Ángela Laínez Chilán por haberme educado con valores y amor que me llevaron alcanzar uno de mis objetivos. Y a mi familia por haberme brindado su apoyo y cariño y estar en uno de los momentos más especiales de mi vida.

Grace Evelyn Toala Laínez

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE).



Grace Evelyn Toala Lainez

C.I. 0923470611

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| TRIBUNAL DE GRADO | I |
| APROBACIÓN DEL TUTOR | II |
| AGRADECIMIENTOS..... | IV |
| DECLARACIÓN..... | V |
| ÍNDICE GENERAL | VI |
| ÍNDICE DE TABLAS | VIII |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | IX |
| RESUMEN | X |
| ABSTRACT | XI |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| 1. El problema..... | 3 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 3 |
| 1.2. Formulación del problema | 4 |
| 2. Objetivos | 5 |
| 2.1. Objetivo general | 5 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 5 |
| 3. Justificación | 5 |
| CAPÍTULO II..... | 7 |
| 2. Marco teórico..... | 7 |
| 2.1. Fundamentación referencial | 7 |
| 2.2. Fundamentación teórica | 8 |
| 2.3. Fundamentación legal | 14 |
| 2.3.1 Formulación de la hipótesis..... | 15 |
| 2.3.2. Identificación y clasificación de variable..... | 15 |
| 2.3.3. Operacionalización de variables..... | 16 |
| CAPÍTULO III | 18 |
| 3. Diseño metodológico..... | 18 |
| 3.1. Tipo de investigación | 18 |
| 3.2. Métodos de investigación..... | 18 |
| 3.3. Población y muestra | 19 |
| 3.4. Tipo de muestreo..... | 19 |
| 3.5. Técnica de recolección de datos..... | 19 |

| | |
|---|----|
| 3.6. Instrumentos de recolección de datos..... | 19 |
| 3.7. Aspectos éticos..... | 19 |
| CAPÍTULO IV | 21 |
| 4. Presentación de resultados..... | 21 |
| 4.1. Análisis e interpretación de resultados..... | 21 |
| 5. Conclusiones | 28 |
| 5.1 Recomendaciones..... | 29 |
| Referencias bibliográficas..... | 30 |
| Anexos | 33 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Clasificación de la obesidad | 9 |
| Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable independiente | 16 |
| Tabla 3. Matriz de operacionalización de la variable dependiente..... | 17 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Figura1. Distribución de los participantes según la edad | 21 |
| Figura2. Horas de ejercicio a la semana. | 21 |
| Figura3. Horas de ocio (ver tv o videojuegos) al día..... | 22 |
| Figura4. Número de comidas que ofrecen a sus hijos al día. | 22 |
| Figura5. Consideración del tipo de alimentación en su hogar..... | 23 |
| Figura6. Tipo de comida que consumen frecuentemente en el hogar. | 23 |
| Figura7. Alimentación con lactancia materna exclusiva. | 24 |
| Figura8. Dificultad para practicar deportes o ejercicios. | 24 |
| Figura9. Manifestación de cansancio en los niños/as. | 25 |
| Figura10. Manifestación de burla recibida por otros niños (as) de la misma edad. | 25 |
| Figura11. Percentil Mayor a 95 en Niños/as de 5 a 10 años. | 27 |

RESUMEN

La Obesidad Infantil aumenta por diversos factores desencadenantes que provienen de diferentes trastornos, tales como: respiratorios, cardiovasculares, psicológicos, metabólicos entre otros que afectan el estilo de vida. El objetivo de la investigación permitió determinar la incidencia de la calidad de vida sobre la obesidad infantil en niños de 5 a 10 años de la comunidad de Ayangue. El Estudio es cuantitativo se basó en el análisis e interpretación de datos numéricos obtenidos en la comunidad de Ayangue durante febrero a mayo 2021. El universo de estudio estuvo representado por 153 niños con un rango de edades de 5 a 10 años y la muestra quedó constituida por 50 niños que representó el 32,6% de la población total, las variables utilizadas fueron: Medidas antropométricas y valoración de la calidad de vida en los niños de esta comunidad y las técnicas empleadas resulto ser la observación directa y encuestas analizando los datos mediante hojas de cálculo y las técnicas de estadística descriptiva al medir frecuencia y porcentaje. Se determinó que las edades con mayor predominio a la obesidad resultaron ser entre los 6 y 10 años de edad, además uno de los factores es no realizar suficientes actividades físicas en esta etapa de la infancia donde prevalece el sedentarismo en el estilo de vida resultando tener una alimentación irregular. Por lo que se concluye que la calidad de vida incide en la obesidad de manera significativa de los infantes, debido a las barreras de llevar una vida activa también incluso reciben rechazos en el ámbito social durante la etapa escolar por su imagen corporal. Por ello, se determina la importancia de incorporar en los hogares, escuelas e instituciones sanitarias programas direccionados a mejorar la calidad de vida y de salud en todos los grupos etarios a través de sistemas informativos y educativos.

Palabras clave: Calidad de vida; incidencia; niños; obesidad; prevalencia

ABSTRACT

Childhood Obesity increases due to various triggers that come from different disorders, such as: respiratory, cardiovascular, psychological, metabolic among others that affect lifestyle. The objective of the research allowed to determine the incidence of quality of life on childhood obesity in children from 5 to 10 years of age in the community of Ayangue. The Study is Quantitative was based on the analysis and interpretation of numerical data obtained in the community of Ayangue during February to May 2021. The universe of study was represented by 153 children with a range of ages from 5 to 10 years and the sample was constituted by 50 children representing 32.6% of the total population, the variables used were: Anthropometric measures and assessment of the quality of life in the children of this community and the techniques used turned out to be direct observation and surveys analyzing the data through spreadsheets and techniques of descriptive statistics when measuring frequency and percentage. It was determined that the ages with the highest predominance of obesity turned out to be between 6 and 10 years of age, in addition one of the factors is not to perform enough physical activities at this stage of childhood where sedentary lifestyle prevails resulting in having an irregular diet. Therefore, it is concluded that the quality of life significantly affects obesity in infants, due to the barriers of leading an active life they also receive rejections in the social field during the school stage due to their body image. Therefore, the importance of incorporating in homes, schools and health institutions programs aimed at improving the quality of life and health in all age groups through information and educational systems is determined.

Keywords: Quality of life; incidence; children; obesity; prevalence

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible que tiene como característica principal el aumento de la masa corporal y que en los últimos años se ha convertido en una patología y desorden metabólico muy frecuente, a tal punto que en la actualidad es considerada como una pandemia mundial y uno de los grandes problemas de salud pública al tener una prevalencia e incidencia representativa a nivel global, que no solo afecta a un conjunto de personas sino, a todos los grupos etarios desde niños, adolescentes y adultos mayores.

Es así que la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, afectando progresivamente a las personas en muchos países principalmente de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo impresionante, donde se calculó que, en el 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos.

Por otro lado, en Cuba, Vicente et al., (2017) señalan que la obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida y las características del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social que generan cambios en los estilos de vida saludables de los grupos humanos. En este fenómeno, tiene un papel predominante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social.

Por otra parte, en Chile, Urzúa y Urizar (2012) resaltan que la multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de su propio estado de salud, independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida.

Una Investigación realizada, en México, Cardona et al., (2018) mencionan que gran parte del interés científico en la obesidad pediátrica se ha centrado en sus efectos médicos, se reconoce una asociación inversa con aspectos funcionales y psicosociales de los niños y adolescentes, lo que deteriora su calidad de vida. En la dimensión psicosocial, es de considerar que los niños y adolescentes obesos son más susceptibles a síntomas de

ansiedad y depresión que los niños no obesos, la obesidad también se relaciona con la disminución del rendimiento escolar, el aislamiento social y la baja autoestima, lo cual disminuye la calidad de vida de los niños y adolescentes.

Se reconoce que en la comunidad de Ayangue no existen datos oficiales de investigaciones realizadas acerca de la obesidad infantil, por ende, mediante la observación directa se pudo identificar que hay una problemática de infantes obesos en edad escolar, por lo que estudiar la calidad de vida permitirá tener un panorama más detallado y claro sobre el porqué del incremento de estos niños con signos obesos que genera a largo plazo enfermedades desencadenantes y alteran su esfera social, por lo tanto los resultados de la investigación aportan datos útiles sobre la calidad de vida para así orientar e intervenir de manera oportuna en estas crónicas no transmisibles, logrando determinar la calidad de vida y su incidencia en la obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue. Santa Elena. 2021.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

La organización Mundial de la Salud (OMS , 2020) considera que la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, el mismo que afecta progresivamente a muchos países de bajo y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia de esta problemática de salud aumenta a un ritmo alarmante, en el cual se evidenció en el 2016 que más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos. Cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia y una cuarta parte en África.

La obesidad infantil es un factor de riesgo para diversas enfermedades tales como: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y enfermedades osteoarticulares, por lo que la obesidad puede ir desde lo genético hasta lo ambiental como las respuestas metabólicas del cuerpo, desde lo ambiental el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios, estos factores constituyen una disminución de la calidad de vida en las personas.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Ecuador (Freire, y otros, 2012) informa que, con respecto al Sobrepeso en los niños, reflejó una mayor prevalencia en Galápagos (25.8 %), Quito (22.3%) y la Sierra Urbana (21.1%). La menor prevalencia, pero no por eso menos grave, se observa en la Costa rural (15.3%), la Amazonia rural (16.2%) y en ciudad de Guayaquil (17.6%). En relación con la obesidad, en el mismo gráfico se observa que la mayor proporción de niños con obesidad se encuentran en Guayaquil (20.4%), Galápagos (18.3%) y en Sierra urbana (11.1%). Entre tanto, la Sierra rural, la Amazonia rural y ciudad de Quito presentan la menor proporción de escolares con obesidad (7.1%, 7.2% y 7.5%, respectivamente).

Según Cáceres et al., (2018) mencionan que calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se centra en la percepción que tiene el individuo de su propia salud y de sus capacidades, sin desconocer que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio del profesional de salud, sobre lo que se considera una vida buena y, que su vez, puede haber interdependencia entre las dos apreciaciones. Así se ha incorporado el concepto al argot médico, para ser usado como medida de los cambios de salud que

experimentan las personas cuando sufren alguna enfermedad, o cuando se someten a cierto tratamiento. Son varias las definiciones sobre la CVRS, algunas ofrecen una visión integradora al considerarla como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de los diversos dominios de su propia vida y del impacto en su estado de salud.

El estilo de vida en los niños de edad escolar ha contraído varios factores en la salud que se han incrementado en su comportamiento ya sea en los aspectos funcionales y psicosociales que deterioran la calidad de vida en ellos, en el cual se ha desarrollado como un indicador en el tema de salud que permite evaluar a los niños con obesidad infantil.

Por otro lado, Rivera (2019) destaca que la malnutrición infantil en Santa Elena, exhibe un comportamiento inusual para una provincia costera. Presenta el más alto porcentaje de desnutrición crónica infantil de la región Costa, afectando a 37% de menores de cinco años; es decir, uno de cada tres niños padece esta condición, lo cual es solamente comparable con las provincias de la sierra central y bastante superior a la de las demás provincias costeñas.

Este proyecto de investigación se llevó a cabo en la comunidad de Ayangué ubicada en la provincia de Santa Elena, donde se observó que muchos niños presentan obesidad de acuerdo a su peso y talla, lo cual permite aplicar un cuestionario para determinar la afectación de la calidad de vida ya que en ellos recaen los factores económicos, sociales, genéticos y de alimentación.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo la calidad de vida incide en la obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangué-Santa Elena? 2021?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida y su incidencia en la obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue. Santa Elena. 2021.

2.2. Objetivos específicos

- 1- Identificar la calidad de vida en niños de 5 a 10 años de edad residentes en la comunidad objeto del estudio.
- 2- Determinar el índice de obesidad infantil en niños de 5 a 10 años.
- 3- Evaluar la calidad de vida de los infantes evitando que incidan nuevos casos de obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue. Santa Elena. 2021.

3. Justificación

Según Machado et al., (2018) describen a la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y/o adolescencia. Constituye una importante y creciente problemática de salud pública, con alcance mundial. Su prevalencia ha aumentado a un ritmo preocupante. Se estima que a nivel mundial 40-50 millones de niños en edad escolar se clasifican como obesos y 200 millones padecen sobrepeso. Esta proporción representa 10% de los niños del mundo.

Así mismo, la OMS (2020) asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

La calidad de vida es un parámetro de gran utilidad que incide en la obesidad, ya que influyen los aspectos de la vida, como una persona percibe su salud tanto física como mental y que desde un inicio parece insignificantes, pero con el tiempo se van incrementando en el desarrollo personal y se impide llevar la vida que se quiere ya que estas interfieren en la vida cotidiana de los individuos.

Una nutrición inadecuada, seguida de una alimentación rica en caloría, grasa, sales y azucares y la disminución de actividad física crea un desbalance energético por lo que

da lugar al sobrepeso seguida de la obesidad, debido a esto se radica la importancia de dar tratamiento y seguimiento a esta patología a través de un tratamiento dietético nutricional y el incremento de actividad física.

En la presente investigación vamos a determinar la calidad de vida de los niños en la cual han contraído a tener obesidad a temprana edad en la comunidad de Ayangue y de esta manera reducir factores que perjudican la salud de las personas, de modo que se busca concientizar a los padres y contribuir a llevar una vida saludable y poder disminuir el riesgo a complicaciones a futura. Por eso es importante identificar los factores que inciden en el peso, entre ellos el sexo, la edad, los hábitos, la genética, el metabolismo, la historia familiar y el medio ambiente todos estos factores que influyen de distintas maneras en cada individuo.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Fundamentación referencial

En Argentina, Cordero y Cesani (2019) realizaron un estudio sobre “Calidad de vida relacionada a la salud, sobrepeso y obesidad en contextos de fragmentación socio territorial de la provincia de Tucumán”, donde compararon calidad de vida relacionada a la salud según presencia y ausencia de sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 12 años, mediante un estudio cuantitativo y se determinó el índice de masa corporal mediante peso y talla, con los resultados clasificaron: con sobrepeso, con obesidad y sin exceso de peso. Para la evaluación de la calidad de vida la realizaron mediante un cuestionario de Kidscreen-52, donde se estableció mediante dimensiones como bienestar físico, autopercepción y autonomía donde resultó que la calidad de vida en niños es más perjudicada que en las niñas.

Por otra parte, en Perú, Del Águila (2017) realizó un trabajo de investigación sobre “Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención, determinando los factores de riesgo que influyen en la obesidad son los factores genéticos, conductuales y ambientales, otros factores de riesgo son los antecedentes familiares, los malos hábitos de alimentación y el sedentarismo. Los resultados obtenidos fueron que los niños de 7 a 8 años reportaron una prevalencia de sobrepeso, los investigadores concluyen que pertenecer a un estrato socioeconómico alto contribuyen factores de riesgo importante en la obesidad.

Otra investigación realizada por Cordero et al., (2019) en la investigación acerca de “Influencia de la actividad física sobre la calidad de vida de los niños con sobrepeso u obesidad” demostraron que los niños obesos tienen baja autoestima por el acoso escolar que se ven sometidos es por ellos que el objetivo de la investigación fue determinar un programa de actividad física y recomendaciones nutricionales para mejorar la calidad de vida en los niños con sobrepeso y obesidad en donde el apoyo familiar es muy importante para tener los resultados deseados.

Así mismo, Riaño (2017) en la investigación con el tema “Calidad de vida en enfermedades Endocrinológicas” publicado en la revista Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, analizó desde un punto de vista la investigación en salud pública, el estudio de la calidad de vida donde le permitió describir la salud de la población y establecer grupos de comparaciones con determinadas características como sociodemográficas y regionales donde evaluó el efecto de la salud en las

intervenciones sanitarias, realizo mediciones sobre la calidad de vida para conocer las necesidades de niños y adolescentes con enfermedades crónicas.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1. Calidad de vida

El concepto de Calidad de vida ha ido evolucionando con el tiempo ya que es usado frecuentemente como un estado de salud; por lo que “Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Es decir, que no existe un concepto universal, pero se afirma que es un estado de salud de bienestar físico, social y emocional.

La calidad de vida está influida tanto por la salud física de la persona y el estado psicológico, relaciones sociales, el nivel de independencia y las relaciones con los elementos de su entorno.

Las dimensiones de la calidad de vida en la infancia son:

Estatus funcional

Nos hace referencia a las funciones que realiza el niño durante su etapa, como las habilidades para desempeñar las actividades diarias propias a su edad y también están relacionadas con la sintomatología física.

Funcionamiento psicológico

Se refiere como el niño se siente consigo mismo, estudia los procesos de cambios y conductos de su vida y también evalúa el estado efectivo.

Funcionamiento social

Se refiere a la capacidad que el niño mantiene en relación con la familia y amigos. También incluye el desarrollo moral puesto que empiezan a interiorizar las normas que rigen en la sociedad.

Sobrepeso y Obesidad

Acorde con la OMS (2020) define a la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso

de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Tabla 1

Clasificación de la obesidad

| CLASIFICACIÓN | IMC (kg/m²) | CLASIFICACIÓN DE RIESGO |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Bajo peso | >18 | Bajo |
| Normo peso | 18.5 – 24.9 | Peso saludable |
| Exceso de peso | ≥ 25 | Moderado |
| Sobrepeso o pre obeso | 25 – 29.9 | Moderado |
| Obesidad grado I o moderada | 30 – 34.9 | Alto |
| Obesidad grado II o severa | 35 – 39.9 | Muy alto |
| Obesidad grado III o mórbida | ≥ 40 | Extremo |

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2020)

Obesidad Infantil

Es el exceso de grasa corporal en los niños, se define considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal (IMC = peso [kg]/ estatura [m²]) el sobrepeso se mide mediante la tabla de crecimiento:

IMC: entre percentiles 85 y 94: Sobrepeso

IMC: percentiles 95 o superior: obesidad

Prevalencia de la Obesidad Infantil

Según la OMS (2017) señala que las tasas mundiales de obesidad de la población infantil y adolescente aumentaron desde menos de un 1% (correspondiente a 5 millones de niñas y 6 millones de niños) en 1975 hasta casi un 6% en las niñas (50 millones) y cerca de un 8% en los niños (74 millones) en 2016. Estas cifras muestran que, conjuntamente, el número de individuos obesos de cinco a 19 años de edad se multiplicó por 10 a nivel mundial, pasando de los 11 millones de 1975 a los 124 millones de 2016. Además, 213 millones presentaban sobrepeso en 2016, si bien no llegaban al umbral de la obesidad.

Parámetros para determinar la obesidad

Existen parámetros antropométricos para determinar la obesidad en una persona, utilizados para cuantificar el grado de obesidad que presentan:

- Índice de masa corporal
- Cintura abdominal
- Pliegue cutáneo

Índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal se determinó a través de la relación entre peso en Kg/ talla en m² mediante la fórmula para determinar el grado de obesidad:

Formula (IMC = peso [kg]/ estatura [m²])

NORMOPESO: (IMC: 20-24,9 KG/M²)

SOBREPESO: (IMC: 25-29,9 KG/M²)

OBESO: (IMC: > = 30 KG/M²)

Perímetro abdominal

Es un indicador clínico de grasa visceral, no solo refleja la acumulación de la grasa, sino que también mide la grasa subcutánea, el perímetro abdominal es una medida más apropiada para poder determinar el síndrome metabólico.

Técnica: se mide con una cinta métrica, el paciente debe estar en una posición anatómica y procedemos con la cinta rodear el abdomen a la altura del ombligo sin presionar y pedimos al paciente que realice una inspiración profunda y exhale.

Pliegue cutáneo

Nos permite valorar la cantidad de tejido adiposo, se mide en zonas determinadas como el espesor del pliegue de la piel es utilizado junto con el índice de masa corporal para estimar la grasa corporal, esta medición se hace en milímetros.

Técnica:

El pliegue cutáneo se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, manteniendo el compás en la mano derecha perpendicularmente al pliegue y abriendo la pinza unos 8 cm, se eleva una doble capa de la piel y el tejido adiposo en la zona señalada hasta que forme el pliegue hasta que termine la medición.

Factores que predisponen la obesidad en niños

Los factores de la obesidad son múltiples desde los no modificante (endocrinos y genético) y los modificantes que es el estilo de vida como el sedentarismo y la alimentación.

Así mismo, Del Águila (2017) destaca que la obesidad durante la infancia está influenciada por factores genéticos, epigenéticos, conductuales y ambientales. Entre éstos, los factores conductuales y ambientales son más fácilmente modificables durante la infancia, por lo que estos son el foco de las intervenciones clínicas, de ahí la importancia de identificar factores de riesgo de obesidad en la población pediátrica. Estos factores de riesgo son los antecedentes familiares de obesidad, los malos hábitos de alimentación y el sedentarismo, entre otros.

Factores nutricionales

Acorde con Bonilla et al., (2017) describe que alrededor de los seis meses de edad se debe iniciar la alimentación complementaria para cubrir las necesidades de energía y nutrientes del lactante, la cual debe brindarse junto con la lactancia materna. Esta alimentación complementaria debe aumentar gradualmente la consistencia y la variedad de todos los grupos alimentarios, evitando alimentos procesados y ultra procesados. El consumo de una inadecuada alimentación complementaria en la infancia tiene serias consecuencias en la composición corporal futura. Esto se ha observado en lactantes alimentados con fórmulas lácteas, alta en proteínas y baja en grasas, al presentar sobrepeso y obesidad.

Sedentarismo

Hoy en día vivimos en un mundo donde la tecnología avanza y más son los entretenimientos en los niños y adolescentes que impiden que ellos realicen actividad física, ya que se entretienen más en la tecnología y es menos el gasto energético que realizan en la cual conllevan a vivir una vida sedentaria. La prevalencia de la inactividad física cada día aumenta a medida que la tecnología avanza, el sedentarismo es uno de los factores de riesgo en la obesidad.

Factores genéticos

En diferentes estudios se han establecido que la predisposición de la obesidad se debe a condiciones familiares asociadas que son relacionado genéticamente, es decir si

tienen familiares con sobrepeso es más probable que padezcan de obesidad, esto se debe a un ambiente donde consuman calorías y no realicen actividades físicas.

Efectos de la obesidad en niños

Psicológicos: Los niños cuando crecen en un ambiente donde no tienen un estilo de vida saludable se vuelven más propensos a desarrollar obesidad, ya que a medida que van creciendo van optando a malos hábitos alimenticios y sedentarismo. Los niños obesos ante la sociedad reciben rechazo, burla, tiene autoestima baja y depresión lo cual esto afecta a la autorregulación durante el crecimiento y perderá el control de la alimentación y saciedad.

Bullying: Los niños con Obesidad durante la etapa escolar suelen recibir burlas y rechazo de sus compañeros por su imagen corporal ya que no son aceptados en su mismo ámbito porque no son capaces de realizar actividades físicas y sociales. Mediante su niñez son más propensos a recibir acoso verbal y físico. Los niños obesos son vulnerables a tener una vida aislada a la cual conlleva a no aceptarse, tener una depresión y vivir con miedo ante la sociedad.

Baja autoestima: La Obesidad Infantil afecta a los niños por su imagen corporal y esto hace que disminuya la autoestima ya que tienen miedo a ser personas menos valoradas y rechazadas ante la sociedad además esto conlleva a sentirse tristes y solos. La ansiedad surge en la baja autoestima ya que la única salida para sentirse bien es consumir un exceso de alimentos no nutricionales favoreciendo el deterioro de la imagen corporal y la autoestima.

Insatisfacción corporal: Los niños con Obesidad no suelen aceptarse por su imagen corporal ya que esto conlleva a tener una mala percepción en su imagen y adaptarse a ser comedores emocionales. La valoración de la imagen corporal empieza en la etapa escolar y por no tener una seguridad con su cuerpo induce a realizar prácticas no nutricionales como evitar los horarios de comida, provocar vómitos y uso de laxantes esto se debe a la presión social ya que ellos ven cuerpos perfectos de hombres y mujeres en su entorno.

Depresión: La ansiedad y la depresión suelen causar y provocar resultados de estrés donde tiene consecuencias en la adolescencia donde causa cambios en sus hábitos alimenticios y actividades físicas. Los síntomas de la depresión es tener cambios en el

apetito, aumento o pérdida de peso, dificultad para conciliar el sueño, disminución en el rendimiento escolar, desesperación y estado de ánimo bajo.

Tratamiento integral de la obesidad infantil

Para disminuir la Obesidad Infantil es combatir con las causas ya sean problemas genéticos, aumento en la ingesta calórica y factores psicológicos. Uno de los tratamientos importantes es el apoyo de la familia para mayor efectividad, además complementar con la actividad físicas, ingesta calórica y tratamientos farmacológicos

Alimentación saludable

Uno de los tratamientos es reducir las calorías y adoptar hábitos de alimentación más saludable es fundamental para superar la obesidad. Principalmente es cambiar los hábitos de alimentación, las personas con obesidad tienen que comer de forma saludable, reducir la ingesta calórica y adecuada al gasto que realizan.

Actividad física

Junto con el plan de alimentación es necesario realizar actividades físicas para quemar calorías y fortalecer el sistema osteoarticular, se debe iniciar con un ejercicio de intensidad suave pero continua y que vaya ganando en intensidad de forma gradual, la mejor manera es no realizarlo solo sino en compañía de sus padres.

Farmacológica

En concordancia con Martínez (2017) recalca que, en nuestro entorno, actualmente, no existe ningún tratamiento farmacológico aceptado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en menores de 18 años, aunque cada vez es más generalizado el empleo de la metformina en pacientes obesos fuera de indicación, puesto que este fármaco solamente está aceptado para su empleo en pacientes con DM2 mayores de 10 años.

Apoyo del entorno familiar

Para mejor tratamiento de la obesidad infantil es importante promover el apoyo y participación de la familia durante el proceso terapéutico y educándole a hábitos saludables.

Apoyo psicológico

Al acudir a la ayuda psicológica puede ayudar a superar esta enfermedad crónica, también ayuda a lidiar con la ansiedad que va ligada en la mayoría de los casos con la obesidad y así mismo el tratamiento psicológico es crucial para afrontar la enfermedad y conseguir los objetivos de pérdida de peso.

3.3. *Fundamentación legal*

Debido a que la investigación trata de Calidad de vida y Obesidad Infantil, la Constitución de la República del Ecuador (2008), nos menciona que:

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección Quinta

Niños, niñas y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (Ley No. 2002-80)

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema. - El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes (Congreso Nacional, 2002)

3.3.1 Formulación de la hipótesis

La calidad de vida incide en la Obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue. Santa Elena. 2021.

3.3.2. Identificación y clasificación de variable

Variable Independiente: Calidad de Vida.

Variable Dependiente: Obesidad en niños.

3.3.3. Operacionalización de variables

Tabla 2

Matriz de Operacionalización de la Variable Independiente

| HIPÓTESIS | VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TÉCNICAS |
|--|---|--|---------------------|-----------------------------------|----------|
| La calidad de vida incide en la Obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue. Santa Elena. 2021. | Variable independiente: Calidad de Vida | Es un estado de como una persona percibe su salud ya sea física, psicológica y social a través del tiempo. | Aspecto físico | Dificultad para caminar | Encuesta |
| | | | | Dificultad para correr | |
| | | | | Dificultad para practicar deporte | |
| | | | | Dificultad para bañarse | |
| | | | Aspecto psicológico | Dolor | |
| | | | | Cansancio | |
| | | | | Miedo | |
| | | | | Tristeza | |
| | | | | Enojo | |
| | | | | Preocupación | |
| Aspecto social | Dificultad para llevarse con los demás | | | | |
| | Socialización | | | | |
| | Bullying | | | | |
| | | | | Autopercepción | |

Elaborado por: Toala Lainez Grace Evelyn

Tabla 3

Matriz de Operacionalización de la Variable Dependiente

| HIPÓTESIS | VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TÉCNICAS |
|---|------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|---|
| <p>La calidad de vida incide en la Obesidad en niños de 5 a 10 años de la comunidad Ayangue. Santa Elena. 2021.</p> | <p>Variable dependiente:</p> | <p>Es el exceso de grasa corporal en los niños, se define considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal.</p> | <p>Índice de masa corporal (IMC)</p> | <p>Kg / mts²</p> | <p>Encuesta: Influencia de Variables Ambientales en el Sobrepeso y Obesidad Infantil.</p> |
| | | | <p>Perímetro abdominal</p> | <p>Cm</p> | |
| | <p>Obesidad en niños</p> | <p>Edad</p> | <p>Años</p> | | |
| | <p>Sexo</p> | <p>hombre</p> | <p>Mujer</p> | | |

Elaborado por: Toala Lainez Grace Evelyn

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación

Para el desarrollo de este estudio se ha seleccionado el enfoque cuantitativo, pues se caracteriza por ser objetiva, deductiva, sistemática, probatoria y se basa en el análisis e interpretación de datos numéricos y estadísticos para llegar a conclusiones que se pueden cuantificar logrando de este modo afirmar, contrastar o refutar la hipótesis planteada.

Además, Guevara et al., (2017) los fenómenos estudiados en este tipo de investigación deben ser de carácter objetivo, es decir, que deben estar sumergidos en una realidad, en la que el investigador a través de una observación directa y de campo, pueda conocer las distintas pautas del mismo. Por otro lado, también cabe recalcar esta investigación tendrá alcance correlacional, pudiendo así dirigir el estudio hacia un análisis basado en la relación o incidencia establecida entre las variables identificadas.

Otra de las características del estudio es el diseño no experimental al evitar manipular las variables, de corte transversal por ser observacional y contar con el tiempo estimado para el desarrollo del mismo, al realizar una sola medición de las variables de estudio en cada individuo o participante de la investigación.

3.2. Métodos de investigación

El método, permitió definir la vía o el proceso controlado de indagar, permitiendo así alcanzar de manera eficaz y eficiente los objetivos deseados, es así que la recolección y el análisis de la información se efectuó mediante la utilización de los métodos: Sistémico, matemático-estadístico, deductivo y analítico (Pantoja Vallejo, 2015).

Sistémico: Porque permite seguir un orden estructurado durante el proceso de investigación y estudio de las variables.

Matemático-estadístico y analítico: Porque se estudia y generan datos numéricos obtenidos por medio de la estadística descriptiva tras el procesamiento de la información, además estos resultados podrán ser medidos o cuantificados permitiendo presentarlos en tablas o figuras de barras facilitando su análisis e interpretación.

Deductivo: Porque permite partir de datos generales a los específicos y así obtener información precisa e imprescindible para el desarrollo y presentación del estudio.

3.3. Población y muestra

La población objeto de estudio estuvo representada por 153 niños con un rango de edades de 5 a 10 años perteneciente a la Comunidad de Ayangue ya diagnosticados con Obesidad.

3.4. Tipo de muestreo

La muestra quedó constituida por 50 niños con un rango de edad de 5 a 10 años pertenecientes a la comunidad de Ayangue que representó el 32,67% de la población total con un muestreo no probabilístico intencionado, pues las unidades muestrales no serán elegidas con criterios de representatividad estadística, sino que se eligieron de acuerdo a individuos que reflejaron el problema de estudio con mayor amplitud o que cumplieron con características esenciales para el desarrollo de la investigación, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.5. Técnica de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron en la investigación se fueron las siguientes:

- Observación directa.
- Formularios o encuestas.
- Revisión de documentos.
- Escala estructurada tipo Likert.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se aplicará encuestas a los padres de los niños que se encuentran en el grupo de investigación, se realizará mediciones antropométricas como peso, talla y perímetro abdominal para poder calcular el índice de masa corporal y aplicarlo a los patrones de crecimiento infantil, además se aplicará el cuestionario de Calidad de vida el mismo que valora subjetivamente la salud y el bienestar de los niños participantes de la investigación.

3.7. Aspectos éticos

Durante la etapa de recolección de datos se contó con el consentimiento informado dirigido a los representantes legales o tutores de los participantes del estudio (niños en edades comprendidas entre 5 y 10 años), el mismo que permitió realizar la invitación

formal para participar de manera libre, voluntaria, anónimamente y confidencial en la investigación, además de delimitar claramente los objetivos, procedimientos, derechos, beneficios, riesgos y el tipo de participación a ejecutar en el estudio.

La información y datos brindados fueron tratados con mucha responsabilidad, respeto y cautela, también se protegió la intimidad de los participantes del estudio y se guardó total confidencialidad de la información aportada. Por otro lado, también cabe recalcar que durante la investigación no se usó ningún método invasivo; llevando a cabo únicamente la valoración antropométrica y aplicación de encuestas por lo que no existen implicaciones prácticas de riesgos para la salud e integridad de todos los participantes del estudio.

De igual manera, recalcamos los derechos a los que están sujetos los participantes de la muestra de estudio:

- Puede negarse voluntariamente a que su hijo/a participe de la investigación.
- En caso de no acceder a participar o retirarse del estudio no implicará sanción.
- Puede hacer preguntas de los procesos o procedimientos que no estén claros o generen inquietud en cualquier momento durante la participación de su hijo/a.
- Puede negarse a responder a preguntas concretas.
- También puede optar por retirarse de esta investigación en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos mediante el procesamiento de la información recabada a través de la aplicación de los instrumentos de investigación. Por lo que, se han considerado figuras estadísticas que permiten presentar el alcance de los objetivos trazados.

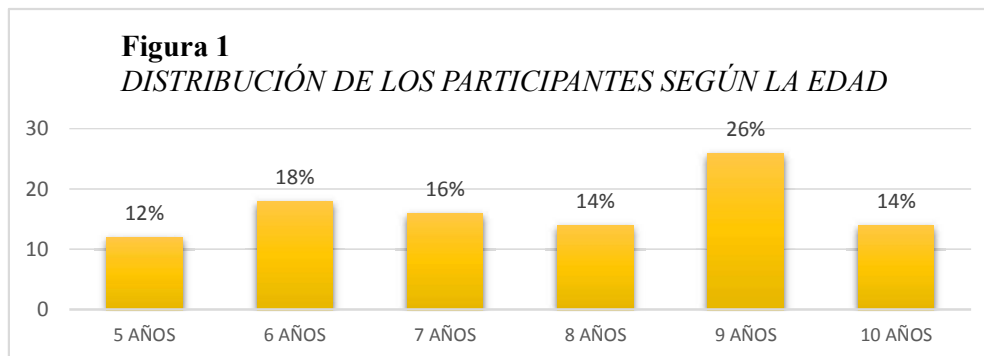


Figura 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LA EDAD

Fuente: Encuesta de datos generales.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Para la descripción de las características generales de la población en estudio, niños/as de 5 – 10 años, se elaboró una encuesta que reveló los siguientes resultados: En la figura 1 sobre la distribución de los participantes según la edad, los datos reflejaron que 13 niños participantes representaron el 26% en edades de 9 años, seguido con el 18% que equivale a los 6 años, el 16% 7 años, mientras que los infantes entre 8 y 10 años se ubicaron en el 14%. Lo que demuestra que la mayor parte de los infantes obesos se encontraron en el rango de edades entre los 6 y 10 años de edad.

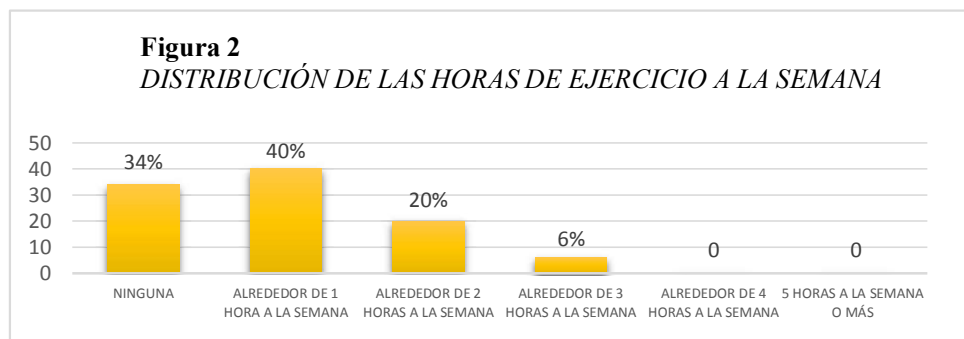


Figura 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS HORAS DE EJERCICIO A LA SEMANA

Fuente: Encuesta de datos generales.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn.

La figura 2, nos muestra la distribución de horas que dedican los infantes al ejercicio en la semana, donde 20 niños (40%) de ellos realizan ejercicio alrededor de 1 hora semanal, 17 con el (34%) no realiza ningún tipo de actividad física y solo 10 de la muestra equivalente al 20% dedican 2 horas a la semana para hacer ejercicios, algún tipo de deporte, contribuyendo al sedentarismo como crónica que afecta esta etapa de la infancia.

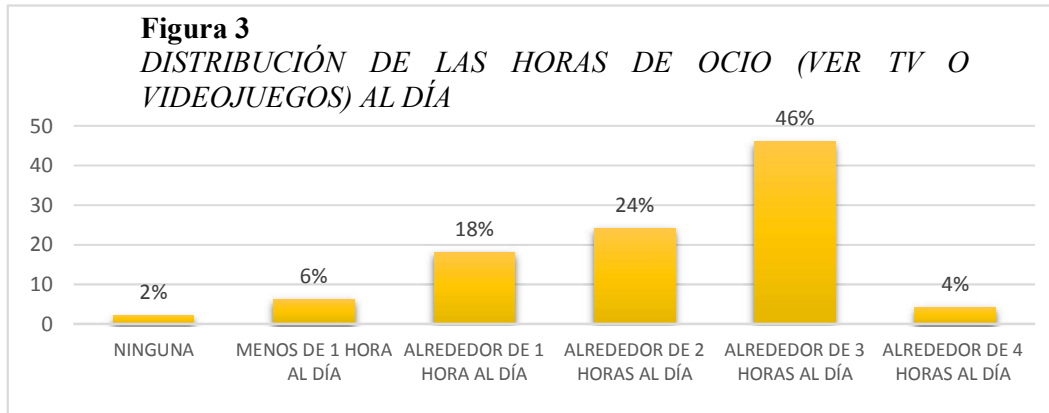


Figura 3. *DISTRIBUCIÓN DE LAS HORAS DE OCIO (VER TV O VIDEOJUEGOS) AL DÍA*

Fuente: Encuesta de datos generales.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Por consiguiente, al valorar también las horas de ocio de los niños/as, en la figura 3 se logró identificar que 23 niños correspondiente al 46% ve TV y videojuegos 3 horas al día, 12 de ellos ocupa 2 horas en algún tipo de actividad con el 24% y solo 2 infantes que equivale al 4% dedica 4 horas de su tiempo a realizar alguna de las actividades mencionadas, por lo que la mayor parte de los niños estudiados no dedica sus horas de ocio en actividades productivas o recreativas, sino más bien que desde la infancia van adoptando un estilo de vida sedentario.

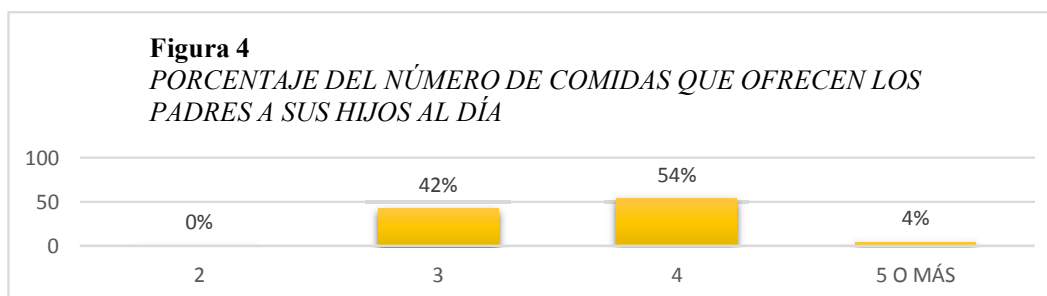


Figura 4. *PORCENTAJE DEL NÚMERO DE COMIDAS QUE OFRECEN LOS PADRES A SUS HIJOS AL DÍA*

Fuente: Encuesta de datos generales.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Siguiendo con el alcance del objetivo específico uno, se valoró el número de comidas que los padres de familia ofrecen a sus hijos durante el día, logrando evidenciar en la figura 4 que; 27 de los participantes quienes representan el 54% le ofrecen 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, piqueo y merienda), seguido de 21 de ellos, equivalente al 42% a los cuales solo les ofrecen 3 comidas durante el día (desayuno almuerzo y merienda) y finalmente 2 participantes representado en el 4%, brinda a sus niños más de 5 comidas diarias, lo que nos permite evaluar la ingesta nutricional y calórica de los niños/as estudiados existiendo una representatividad en los principales factores de riesgo que predisponen al sobrepeso y obesidad relacionado al consumo excesivo de calorías junto a la poca actividad física.

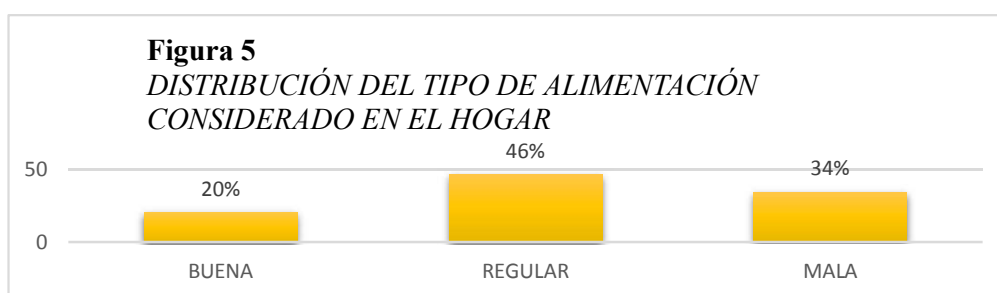


Figura 5. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN CONSIDERADO EN EL HOGAR

Fuente: Encuesta de datos generales.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Al considerar el tipo de alimentación que ofrecen los padres a sus hijos, se aprecia en la figura 5 que 23 niños equivalentes al 46% manifiestan tener una alimentación regular, 17 representan el 34% consideran tener una alimentación baja en calorías y de mala calidad nutricional, mientras que 10 de estos niños equivalente al 20% restante reconocen tener una alimentación saludable y balanceada con adecuada carga nutricional. Lo cual demuestra que el mayor porcentaje tiene una alimentación regular donde ingieren todos los grupos alimenticios ya sean saludables y no saludables.

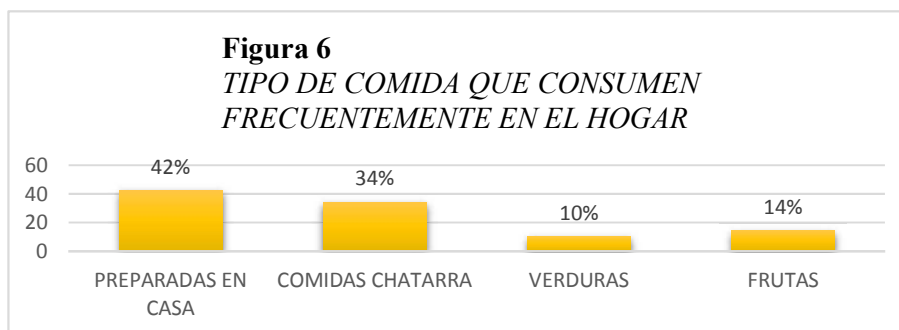


Figura 6. TIPO DE COMIDA QUE CONSUMEN FRECUENTEMENTE EN EL HOGAR

Fuente: Encuesta de datos generales.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

En cambio, la figura 6 nos refleja un panorama sobre la comida que los niños/as consumen frecuentemente en el hogar, obteniendo como resultado que 21 de los participantes que corresponden al 42% consumen comidas preparadas en casa, sin embargo 17 que equivale al 34% consumen comidas chatarras y en menor proporción: 7 – 5 correspondientes al 14% - 10% respectivamente, consumen frutas y verduras. Lo cual demuestra que, pese a que la mayoría consume comidas hechas en casa, todavía existe un gran número de niños que consume comidas hipercalóricas, poco nutritivas, procesadas o chatarras.

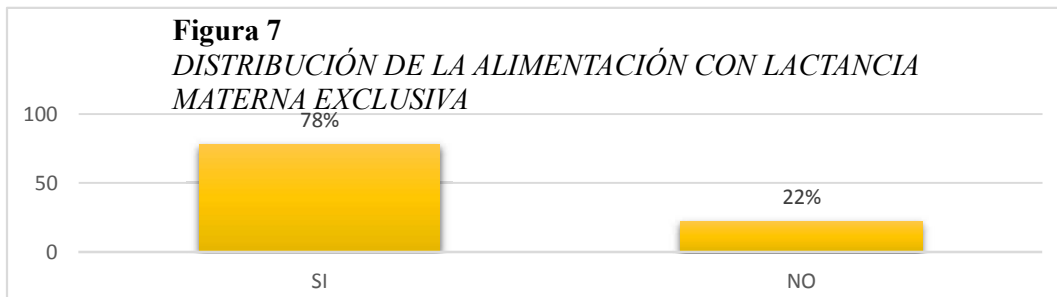


Figura 7. DISTRIBUCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
Fuente: Encuesta de datos generales.
Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

En la interpretación de la figura 7, se valora la alimentación con lactancia materna exclusiva que tuvieron los participantes de la investigación durante su etapa lactante, se obtuvo como resultado que 39 participantes correspondientes al 78% sí se alimentaron con lactancia materna exclusiva y solo 11 niños/as equivalentes al 22% no. Convirtiéndose este en uno de los principales indicadores de nutrición y calidad de vida proporcionados por la OMS, para poder evaluar en el presente la cobertura de las intervenciones nutricionales eficaces y el correcto crecimiento y desarrollo del niño o niña.

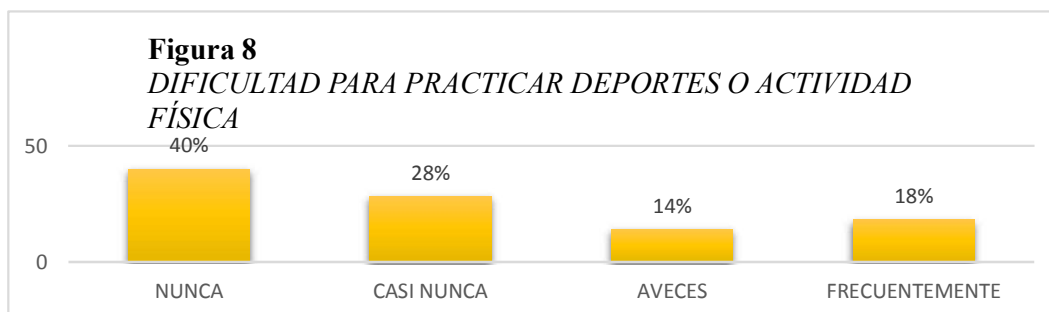


Figura 8. DIFICULTAD PARA PRACTICAR DEPORTES O ACTIVIDAD FÍSICA.
Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.
Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Otra herramienta de investigación utilizada fue el cuestionario el mismo que permitió medir la calidad de vida, en el que se obtuvo que 20 niños (40%) no tienen dificultades para realizar algún tipo de actividad, mientras que 14 (28%) lo realizan algunas veces por semana, en cambio 7(14%) y 9 (18%) no pueden realizar ejercicios nunca, lo que nos permite identificar que pese a que no existe gran representatividad estadística, parte de los participantes de la investigación durante su desarrollo empiezan a experimentar problemas para poder desarrollar una vida activa y saludable, quizás este también sea uno de los principales indicadores que servirá para determinar como la calidad de vida de los estudiados incide en la obesidad infantil.

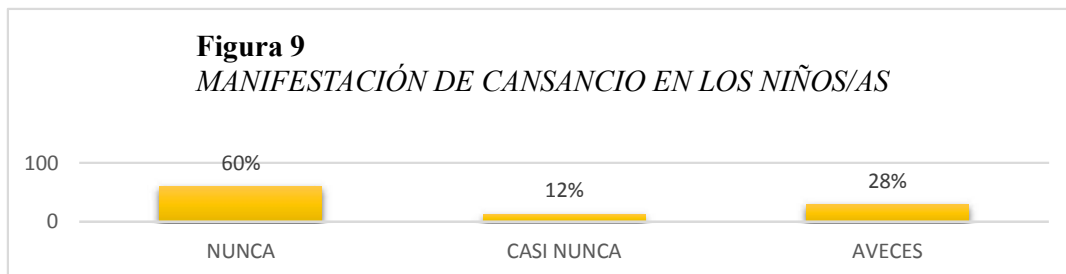


Figura 9. *MANIFESTACIÓN DE CANSANCIO EN LOS NIÑOS/AS*

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Otro detalle valorado en el cuestionario resultó ser la manifestación de cansancio en los sujetos de estudio encontrando que 30 de ellos equivalente al 60% manifiesto que nunca ha sentido cansancio, 14 equivalente al 28% mencionó que a veces lo ha sentido y solo 6 que corresponde al 12% manifiesta que casi nunca lo ha sentido, lo que repercute en otro indicador de salud de los participantes del estudio ya que está asociando a información previa presentada estadísticamente nos permite conocer que a pesar de los estudios alcanzados estos infantes no llevan una vida activa y saludable.

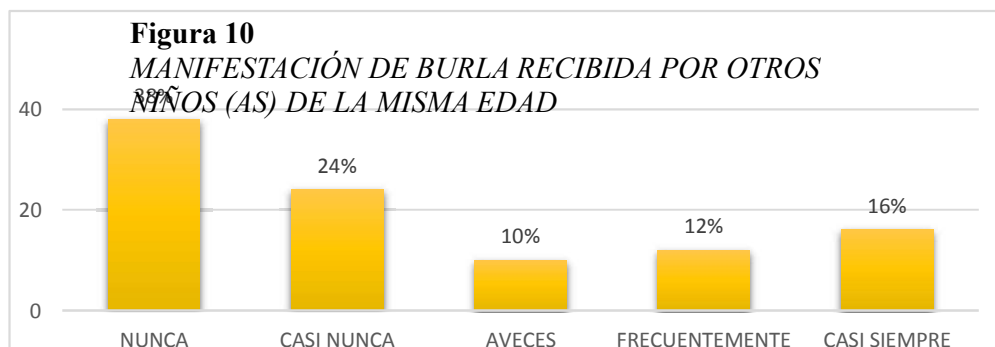


Figura 10. *MANIFESTACIÓN DE BURLA RECIBIDA POR OTROS NIÑOS (AS) DE LA MISMA EDAD*

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Se ha seleccionado además una nueva variable para complementar el cumplimiento del objetivo específico N°1 del estudio ya que nos permitirá analizar la parte psicológica y emocional de los participantes del estudio.

Representando la figura 10 se ha analizado las manifestaciones de burla recibidas por otros niños (as) de la misma edad, de los cuales un 38% equivalente a 19 niños/as refiere nunca haber sido víctima de burla, seguido de un 24% representado por 12 personas, mientras que el 38% restante refiere sufrir a veces (10%), de manera frecuente (12%) y casi siempre (16%) manifestaciones de mofa o Bullying.

Se añade esta variable basándonos en los estudios que demuestran que los niños/as con obesidad o sobrepeso durante la etapa escolar suelen recibir befas y rechazo de sus compañeros por su imagen corporal o al no ser capaces de realizar actividades físicas y sociales con el mismo ritmo y facilidad como otros niños de su edad.

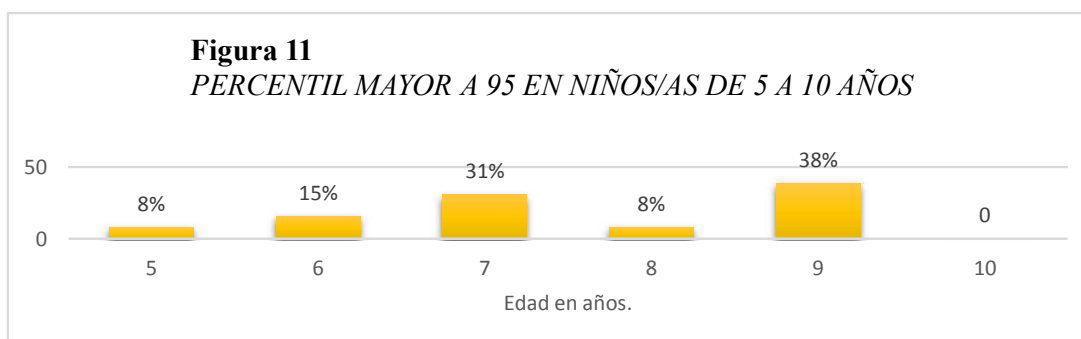


Figura 11. PERCENTIL MAYOR A 95 EN NIÑOS/AS DE 5 A 10 AÑOS

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Para el alcance del objetivo específico N°2, se ha considerado el cuestionario para medir la calidad de vida y la toma de medidas antropométricas, valorando así el estado de crecimiento y desarrollo de los niños/as, a través de la tabla de percentiles proporcionada por la OMS para poder establecer el índice de obesidad en la muestra y posteriormente en la población en estudio.

Es así que, se interpreta en la figura 11 donde se valoran a los niños/as con percentil mayor a 95 según las edades estudiadas, considerados con obesidad, y donde se obtuvo como resultado que quienes tienen percentil mayor a 95 son: 5 niños de 9 años, que equivalen al 38% de la muestra total; 4 niños de 7 años, correspondientes al 31%; 2 niños de 6 años representando el 15% y el 16 por ciento restante representado por 1 niño de 5 (8%) y 8 años (8%) respectivamente. Lo que nos permite sacar conclusiones que las

edades en las que prevalece un percentil superior a los 95 son los 9 y 7 años, concentrándose el fenómeno de estudio en este grupo etario.

Para dar cumplimiento de manera conjunta al objetivo general y objetivo específico número tres y dar paso a la comprobación de la hipótesis se ha analizado cada variable de estudio en la que evidentemente se demuestra que las dimensiones específicas de la percepción de la calidad de vida repercuten de manera significativa en la vida de las personas, es así que en la infancia la percepción general de la salud, la alimentación, la capacidad para realizar las actividades físicas diarias, sentimientos de dolor, malestar o cansancio y el bullying recibido o percibido; inciden sobre la salud física-mental, la energía y la vitalidad de los infantes, siendo uno de los resultados el sobrepeso y la obesidad durante la infancia que no sólo afecta el desarrollo físico de los niños y niñas, sino que también compromete el desarrollo cognitivo, psicológico y social a corto y largo plazo.

5. Conclusiones

Se ha demostrado en esta investigación, que la calidad de vida incide de manera significativa en el desarrollo óptimo de los niños/as en etapa escolar de la comunidad de Ayangue, a través de los factores como la percepción de la salud, hábitos alimenticios y conductuales, la capacidad para realizar las actividades físicas, el estado emocional, entre otros, que repercuten de forma diferenciada e independientemente en cada uno de los infantes.

La obesidad es un problema multifactorial y complejo, que en la actualidad afecta mundialmente, de forma progresiva, a infantes en etapa escolar, y en el que se ha comprobado que intervienen muchos factores, entre ellos la calidad de vida. Es así que, mediante el estudio realizado, se revela que existe un número pequeño pero considerable de infantes, de la comunidad de Ayangue, con sobrepeso, logrando identificar el impacto biológico, social y psíquico que éste tiene en los infantes.

Finalmente, la evaluación de la calidad de vida en los niños/as de la comunidad en estudio, permite incluir este indicador entre los factores que inciden en el sobrepeso y la obesidad en este grupo etario. Por ello, se determina la importancia de incorporar en los hogares, escuelas e instituciones sanitarias programas direccionados a mejorar la calidad de vida y de salud en todos los grupos etarios a través de sistemas informativos y educativos.

5.1 Recomendaciones

En vista de los problemas planteados y demostrados en este estudio nace la necesidad de realizar futuras investigaciones y desarrollo de otros estudios epidemiológicos con atención especial al periodo escolar y temas asociados al sobrepeso u obesidad, para identificar y reducir los múltiples factores que están ayudando a incrementar las cifras de incidencia y prevalencia de esta patología a nivel local, nacional y global.

Se propone potenciar a través del sistema de salud el desarrollo del programa y control del niño sano direccionado por el Ministerio de Salud, como medio de intervención y monitorización de los problemas nutricionales, de desarrollo y de enfermedades prevalentes de la infancia, en la provincia de Santa Elena y el Ecuador entero, además de que se deben unificar esfuerzos para disminuir los altos índices de sobrepeso y obesidad como problema de salud pública a nivel nacional.

Finalmente se recomienda incrementar programas e intervenciones educativas que promuevan salud y prevengan enfermedades, los mismos que deben ser direccionados y articulados por el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, en las escuelas públicas y privadas del Ecuador, con el fin de evitar la aparición no sólo de sobrepeso y obesidad, sino también de problemas de desnutrición en edades tempranas, los cuales deben estar dirigidos a promover, modificar y generar cambios en los estilos-modos de vida, hábitos y costumbres de la población.

Referencias bibliográficas

Revistas indexadas

- Águila, C. (2017). Obesidad en el niño: Factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. *SciELO*. Obtenido de:
<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n1/113-118/>
- Aguilar Cordero, M. J., Rodríguez Blanque, R., Menor Rodríguez, M. J., Guisado Barrilao, R., León Ríos, X., & Sánchez-López, A. M. (12 de 8 de 2019). Influencia de la actividad física sobre la calidad de vida de los niños con sobrepeso u obesidad. *Salud Pública de México: SciELO*, 61(4).
doi:<https://doi.org/10.21149/10013>
- Bautista, L. (2017). La Calidad de vida como concepto. *Ciencia y Cuidado*, 6. Obtenido de: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/803/770>
- Bonilla, C., Híjar, G., Márquez, D., Aramburú, A., Aparco, J., & Gutiérrez, E. (12 de 2017). Intervenciones para prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica: SciELO*, 34(4).
doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2636>
- Cáceres Manrique, F. d., Parra-Prada, L. M., & Pico-Espinosa, O. J. (4 de 2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2).
doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>
- Cardona, D., & Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Facultad Nacional de Salud Publica*, 84. Obtenido de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a08.pdf>
- Cardona, L., Centeno, J., Álvarez, A., & Medina, E. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud: percepción de los adolescentes obesos, no obesos y sus padres. *Revista Enfermera Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 8. Obtenido de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182i.pdf>
- Castaños, S., Turnbull, B., & Aguilar, J. (2017). Instrumentos de medición de diversas características psicosociales para niñas y jóvenes mexicanas en situación de desamparo. *Revista científica Panorama*. Obtenido de:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjSoOHidvuAhWitlkKHWm-CNkQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6152712.pdf&usq=AOvVaw1To7iNEQP_EpDfcqxGbBYC
- Cordero, M., & Cesani, M. (2019). Calidad de vida relacionada a la salud, sobrepeso y obesidad en contextos de fragmentación socioterritorial de la provincia de Tucumán (Argentina). *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 39(1), 10. Obtenido de: <https://revista.nutricion.org/PDF/CORDERO.pdf>

- Del Aguila Villar, C. M. (3 de 2017). Obesidad en el niño: Factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica: SciELO*, 34(1).
doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2773>
- Machado, K., Gil, P., Ramos, I., & Pérez, C. (2018). Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo. *Archivos de Pediatría del Uruguay: SciELO*, 89(1), 10. doi:<http://dx.doi.org/10.31134/ap.89.s1>.
- Martínez Villanueva, J. (2017). Obesidad en la adolescencia. *ADOLESCERE, Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(3). Obtenido de:
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num3-2017/45-57-obesidad-en-la-adolescencia.pdf>
- Riaño Galán, I. (5 de 5 de 2017). Calidad de vida en enfermedades endocrinológicas. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 8. Obtenido de:
<https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=395&idlangart=ES>
- Rivera, J. (7-12 de 2019). La malnutrición infantil en Santa Elena: una mirada multidimensional. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 105.
doi:<http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v7i1.274>
- Sánchez, B. V., García, K., González Hermida, A. E., & Saura Naranjo, C. E. (1-3 de 2017). Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. *Revista Finlay: SciELO*, 7(1). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100007
- Urzúa, A., & Urizar, A. (10 de 1 de 2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica: SciELO*, 30(1). Obtenido de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext

Textos

- Constituyente, A. (2008). *Constitución del Ecuador*. Ecuador: Asamblea Constituyente.
- Guevara Valdier, M. C., Cárdenas Villareal, V. M., & Hernández Cortés, P. L. (2017). *Protocolos de investigación en enfermería* (1a ed.). Ciudad de México, México: El Manual Moderno. Obtenido de
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/upsesp/detail.action?docID=4945891>
- Hernández Sampieri, R., Fernández collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Herrera Montenegro, L. R. (2010). *Metodología de la investigación en ciencias de la salud* (2a ed.). Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.

Pantoja Vallejo, A. (2015). *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (2a ed.). España: EOS.

En línea

Congreso Nacional. (2002). *LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Quito. Obtenido de: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. (2008). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*. Quito. Obtenido de: <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>

Freire, W., Ramírez Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva Jaramillo, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2012). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

MSP. (2018). Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 – 2025. Obtenido de: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/nutricion/PIANE-2018-2025-final.pdf>

OMS. (2017). Organización Mundial de la Salud. *La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios*. Obtenido de: https://www.google.com/search?q=prevalencia+de+la+obesidad+infantil+en+el+mundo&safe=active&biw=1366&bih=657&sxsrf=ALeKk01rUwr1rWhZ1XwYAsfD7QlrRk0DzA%3A1617661394607&ei=0o1rYMG5JOuh5NoP_aCMuAs&oq=prevalencia+de+la+obesidad+infantil+en+el+mundo&gs_lcp=Cgdn



OMS. (2020). Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. *Datos y cifras*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

OMS. (2020). Organización Mundial de la Salud. *Obesidad*. Obtenido de: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>

OMS. (2021). Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Obtenido de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

Anexos

Anexo 1. Permiso y aprobación de la ejecución del trabajo de investigación.

 **GOBIERNO COMUNAL
AYANGUE** 


Parroquia colonche – Cantón Santa Elena – Provincia Santa Elena
FUNDADA EL 19 DE JULIO DE 1982
ACUERDO MINISTERIAL No 0355

Ayangue, 04 de Junio del 2021

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA
A quien interese. -

Por medio de la presente, la Comuna Ayangue a través de sus dirigentes, avaliza a la **Srta. Toala Lainez Grace Evelyn**, con Cedula de Identidad No. **092347061-1**, egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, para que pueda realizar, elaborar investigar y ejecutar su trabajo de graduación del Proyecto de investigación **“CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS DE LA COMUNIDAD AYANGUE, SANTA ELENA”** dicho evento académico tiene como fin el fortalecimiento de las actitudes académicas y habilidades que la estudiante podría afianzar por medio de esta apariencia académica que estamos seguros que contribuirá el demasia en su formación profesional.

Es todo cuanto podemos decir, autorizando al beneficiario hacer uso del presente en lo que estime conveniente.


Sr. Benjamin Ponce Choez
C.I: 092347078-5
Presidente
COMUNA AYANGUE

DIRECCION: Calle Principal - Barrio María Auxiliadora
E-MAIL: comuna.ayangue1982@gmail.com
TELEFONOS: Presidente 0959660467 - Secretaria/Oficina 0997758302
C.c. Oficios 2021 - COMUNA AYANGUE
AYANGUE – ECUADOR

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:.....

Estimado Padres/Madres o cuidador principal,

De mi consideración:

Yo, **GRACE EVELYN TOALA LAINEZ**, portadora de la cédula de identidad 0923470611, estudiante de la Carrera de Enfermería de la UPSE, me dirijo a usted para solicitar su consentimiento para que participe en el proyecto de investigación CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS DE LA COMUNIDAD AYANGUE, SANTA ELENA. 2021, que busca medir en la población infantil la calidad de vida, es decir, valorar cómo se siente los niños/as respecto a su vida, sentimientos, alimentación y su entorno a través de cuestionarios y encuestas.

La información recolectada será confidencial y utilizada solo con fines académicos por la investigadora, los resultados obtenidos no revelaran nombres ya que se va a proteger la identidad de los participantes.

Si usted desea conocer los resultados o tiene alguna duda o no desea participar en el estudio, podrá comunicarlo en su momento.

De antemano agradezco su colaboración.

Atentamente,



Grace Evelyn Toala Láinez

Estudiante

Firma de Padre/Madre

Cuidador principal

Anexo 3. INSTRUMENTO UTILIZADO.

ENCUESTA

Datos generales a los padres de los niños.

1. ¿Su hijo padece alguna enfermedad?

Si _____ ¿Cuál? _____

No _____

2. ¿Tiene hermanos su niño?

Si _____ Número de hermanos _____

No _____

3. ¿Cuántas horas de ejercicio hace su niño a la semana?

_____ Ninguna

_____ Alrededor de 1 hora a la semana

_____ Alrededor de 2 horas a la semana

_____ Alrededor de 3 horas a la semana

_____ Alrededor de 4 horas a la semana

_____ 5 horas a la semana o más

4. ¿Cuántas horas al día suele ver televisión o videos su hijo?

_____ Ninguna

_____ Menos de 1 hora al día

_____ Alrededor de 1 hora al día

_____ Alrededor de 2 horas al día

_____ Alrededor de 3 horas al día

_____ Alrededor de 4 horas al día

5. ¿A qué hora suele acostar a dormir a su hijo en día entre semana?

6. ¿A qué hora se suele levantar su hijo entre semana?

7. ¿Cuántos vasos de agua toma su hijo a lo largo del día?

_____ 2-3 vasos

3-4 vasos

5-6 vasos

6 o más vasos

8. Indique el número de comidas que le ofrece a su hijo al día

Dos

Tres

Cuatro

Cinco o más

¿Cómo considera la alimentación en su hogar?

Bueno

Regular

Malo

De los siguientes tipos de comida, ¿Cuál es el más frecuente que consume su hijo?

Preparadas en casa

Comida chatarra

Verduras

Frutas

9. ¿Fue alimentado con lactancia materna?

Lactancia materna exclusiva hasta: meses

Si

No

Disponible en: (Gutierrez, 2017) Influencia de Variables Ambientales en el Sobrepeso y Obesidad Infantil.

Anexo 4. CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Cuestionario para medir la calidad de vida de los niños objetos de estudio.

| Sobre mi salud - actividades (problemas con....) | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuen- temente | Casi siempre |
|---|--------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Se me hace difícil caminar más de una cuadra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Se me hace difícil correr | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Se me hace difícil practicar deportes o hacer ejercicios | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Se me hace difícil bañarme solo(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Siento dolor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento cansado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sobre mis emociones (Problemas con...) | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuen- temente | Casi siempre |
| Me siento asustado (a) o con miedo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento enojado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me preocupo por lo que me vaya a pasar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Como me llevo con los demás (Problemas con...) | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuen- temente | Casi siempre |
| Tengo dificultad para llevarme bien con otros niños(as) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Otros niños (as) no quieren ser mis amigos (as) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Otros niños (as) se burlan de mi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| No puedo hacer cosas que otros niños (as) de mi edad hacen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|--------------|-------------------|----------------|-----------------------|---------------------|
| Se me hace difícil mantenerme físicamente igual que otros niños cuando juego con ellos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sobre mi escuela (Problemas con...) | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuentemente | Casi siempre |
| Se me hace difícil poner atención en las clases | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Se me olvidan las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en clases | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Falto a mis sesiones de clases virtuales por no sentirme bien | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Falto a mis sesiones de clases virtuales para ir al hospital o con el doctor para hacerme atender. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- **MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA**

Para los niños/as de 5 a 10 años se utiliza las tablas de Patrones de crecimiento infantil elaboradas por la OMS, ya que permiten evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños a nivel individual y colectivo.

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ años

Peso: _____ kg

Talla: _____ cm

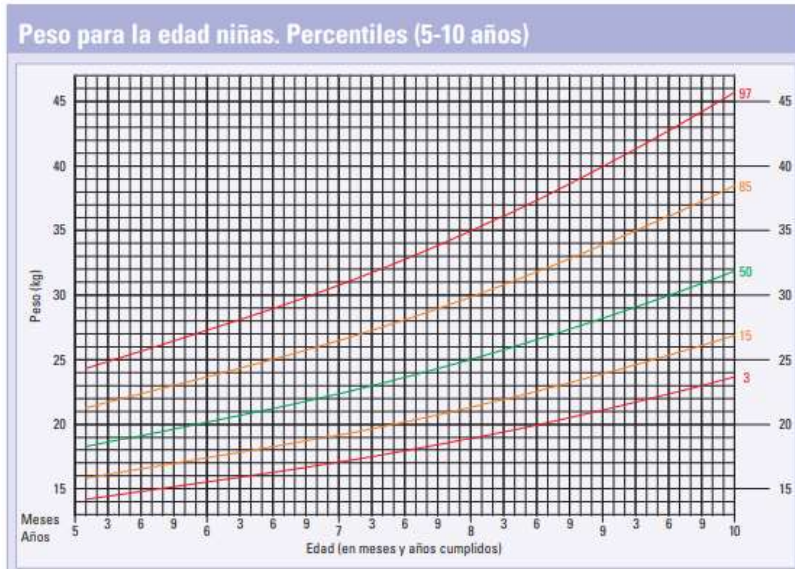
Perímetro abdominal: _____ cm

Disponible es: Fernández et al., (2010) Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica.

Anexo 5. CURVA DE CRECIMIENTO INFANTIL

Figura 1

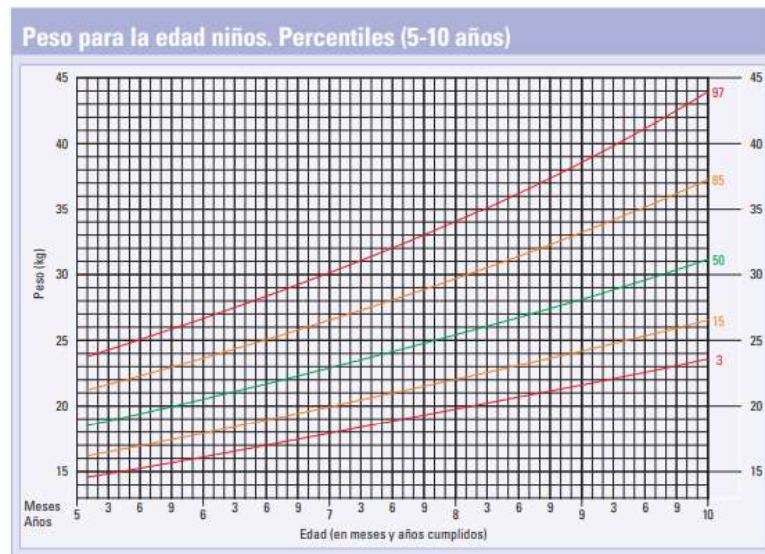
Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS



Nota. Percentiles de 5 a 10 años en Niñas. Adaptada de Patrones de Crecimientos (p.491), por OMS, 2009 (https://www.aepap.org/sites/default/files/curvas_oms.pdf).

Figura 2

Patrones de Crecimiento de la OMS



Nota. Percentiles de 5 a 10 años en Niños. Adaptada de Patrones de Crecimiento (p.492), por OMS, 2019 (https://www.aepap.org/sites/default/files/curvas_oms.pdf)

Anexo 6. TABLAS Y FIGURAS

Figura 12. *DISTRIBUCIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES DE LOS NIÑOS*

| TENGO DIFICULTAD PARA LLEVARME BIEN CON OTROS NIÑOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| NUNCA | 22 | 44 |
| CASI NUNCA | 9 | 18 |
| AVECES | 5 | 10 |
| FRECUENTEMENTE | 6 | 12 |
| CASI SIEMPRE | 8 | 16 |
| TOTAL | 50 | 100 |

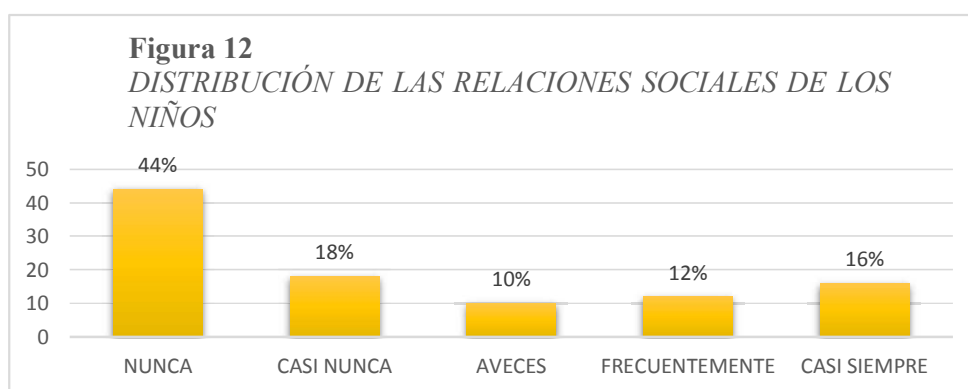


Figura 12. *DISTRIBUCIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES DE LOS NIÑOS.*

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Análisis: En la interpretación de la figura 12, donde se valora el ámbito social que tuvieron los participantes de la investigación, se obtuvo como resultado que 22 participantes correspondientes al 44% que nunca tuvieron problemas para llevarse con los demás y solo 8 niños/as equivalentes al 16% tienen dificultad para llevarse bien con los demás niños. Convirtiéndose este en uno de los indicadores de calidad de vida no tan relevante ya que la mayor parte de porcentaje si tiene un ámbito social bueno.

Tabla 13. *DESARROLLO EMOCIONAL (TRISTEZA)*

| ME SIENTO TRISTE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| NUNCA | 25 | 50 |
| CASI NUNCA | 8 | 16 |
| AVECES | 6 | 12 |
| FRECUENTEMENTE | 4 | 8 |
| CASI SIEMPRE | 7 | 14 |
| TOTAL | 50 | 100 |

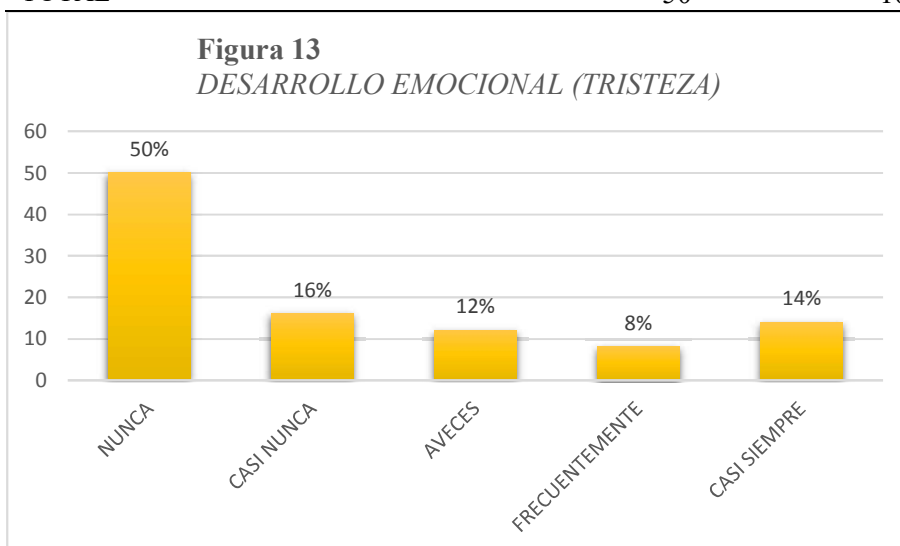


Figura 13. *DESARROLLO EMOCIONAL (TRISTEZA)*

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Análisis: En la figura 13, donde se valora el sentimiento que tuvieron los participantes de la investigación, se obtuvo como resultado que 25 participantes correspondientes al 50% no sentían tristeza y solo 7 niños/as equivalentes al 14% sienten tristeza por su imagen corporal y por no compartir con otros niños de su edad. Convirtiéndose este en uno de los indicadores de calidad de vida, para poder evaluar el desarrollo emocional del niño o niña, los datos obtenidos del problema en el estado emocional son bajo el porcentaje de los niños que sienten tristeza por se descartó de los datos principales.

Tabla 14. *DIFICULTAD EN LA CONCENTRACIÓN DE LAS CLASES VIRTUALES*

| SE ME HACE DIFÍCIL PONER ATENCIÓN EN LAS CLASES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| NUNCA | 23 | 46 |
| CASI NUNCA | 8 | 16 |
| AVECES | 8 | 16 |

| | | |
|----------------|----|-----|
| FRECUENTEMENTE | 6 | 12 |
| CASI SIEMPRE | 5 | 10 |
| TOTAL | 50 | 100 |

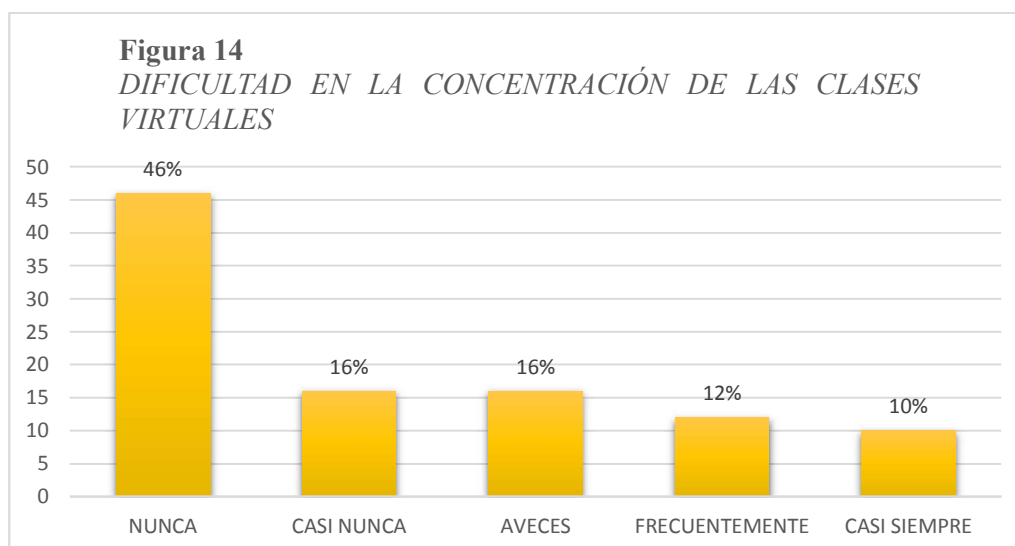


Figura 14. *DIFICULTAD EN LA CONCENTRACIÓN DE LAS CLASES VIRTUALES*

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Análisis: En el mismo cuestionario se valora la concentración en las clases de los niños, donde a través del análisis e interpretación de la figura 14 se puede comprobar que 23 niños/as equivalente al 46% manifiesta que nunca ha tenido dificultad al concentrarse en las clases, 8 equivalente al 16% menciona que a veces lo ha tenido y 5 que corresponde al 10% manifiesta que casi siempre se le dificulta concentrarse en las clases, se convierte en otro indicador de salud y calidad de vida de los participantes del estudio ya que asociando a información previa presentada estadísticamente nos permite conocer que pese a que los niños y niñas estudiados el porcentaje de concentración es mayor y a los que se le dificulta concentrarse el porcentaje es bajo se descarta de los principales datos para la valoración.

Tabla 15. *DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN CLASES*

| SE ME HACE DIFÍCIL ESTAR AL CORRIENTE CON LAS TAREAS Y LAS ACTIVIDADES EN CLASES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| NUNCA | 30 | 60 |
| CASI NUNCA | 9 | 18 |
| AVECES | 5 | 10 |

| | | |
|----------------|----|-----|
| FRECUENTEMENTE | 3 | 6 |
| CASI SIEMPRE | 3 | 6 |
| TOTAL | 50 | 100 |

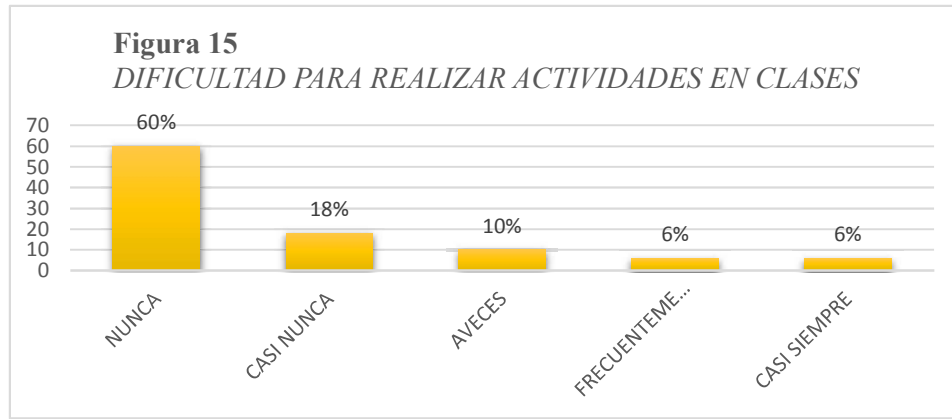


Figura 15. *DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN CLASES*

Fuente: Cuestionario para medir la calidad de vida.

Elaborado por: Toala Láinez Grace Evelyn

Análisis: En la interpretación de la figura 15 se valora la dificultad en realizar actividades en clases de los niños, donde a través del análisis se puede comprobar que 30 niños/as equivalente al 60% manifiesta que nunca ha tenido dificultad en realizar actividades en clases, 5 equivalente al 10% menciona que a veces lo ha tenido y 3 que corresponde al 6% manifiesta que casi siempre se le dificulta realizar actividades en clases, se convierte en otro indicador de calidad de vida de los participantes del estudio pero es menos relevante porque es bajo el porcentaje de dificultad y el porcentaje mayor indica que los niños/as realizan las actividades con total normalidad.

Anexo 7. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Imagen 1: *Socialización del Consentimiento Informado a los Representantes*



Imagen 2: *Aplicación de la Encuesta a los Padres de Familia de los Niños Participantes del Proyecto*



Imagen 3: *Medición antropométrica a los Niños de 5 a 10 Años objetos de estudio*



Imagen 5: *Aplicación del Cuestionario a los niños*