

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA  
OBESIDAD EN EL COLEGIO SAN PEDRO BELLAVISTA CALLAO 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR**

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR**

**DANIEL ALEJANDRO MORALES VARGAS**

**ASESOR**

**MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE  
A LA OBESIDAD EN EL COLEGIO SAN PEDRO  
BELLAVISTA CALLAO 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR  
DANIEL ALEJANDRO MORALES VARGAS**

**ASESOR  
DR. MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi, doctor en Administración

**Miembro:** Joseph Jesús Sánchez Gavidia, doctor en Medicina

**Miembro:** José Rodolfo Garay Uribe, maestro en Salud Pública

A mi madre, por tenerla siempre a mi lado, por darme las enseñanzas necesarias para direccionar mis pasos cual receta mágica y por ser la principal actriz de mi obra de vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis amados padres, por ser aquellos amigos que me impulsan a escalar cada vez más alto.

A mi asesor, por cada matiz de esta presente tesis; gracias por haber hecho este recorrido más sencillo.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
<b>III. METODOLOGÍA</b>	35
<b>IV. RESULTADOS</b>	43
<b>V. DISCUSIÓN</b>	63
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	67
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	69
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	70
<b>ANEXOS</b>	84

## RESUMEN

El objetivo general fue determinar el grado de relación entre el conocimiento sobre la obesidad y las actitudes de los estudiantes de secundaria del colegio San Pedro Bellavista Callao, en el año 2019, por medio del uso de instrumentos que permitieron establecer la medida en que se muestra la relación entre las variables. Para este trabajo, se empleó un estudio de diseño descriptivo de enfoque mixto no experimental de corte transversal retrospectivo de nivel correlacional de tipo básica con una población 214 (100 %) estudiantes. Se ha empleado como instrumento de medición cuantitativa el cuestionario y la escala de Likert debidamente validados y la guía semiestructurada para la información cualitativa. A la información cuantitativa, se le aplicó el coeficiente de correlación Chi cuadrado a fin de precisar el efecto de un grupo de variables, consideradas potencialmente influyentes, sobre la ocurrencia de un determinado proceso de las variables: conocimiento sobre obesidad y actitudes frente a la misma. Complementariamente, a estos hallazgos se incorporó el análisis de la información cualitativa. Se concluye que sí hay relación entre conocimiento y actitud de los adolescentes frente a la obesidad. Que el conocimiento de los estudiantes adolescentes es bajo en un 86 % y tiene en un 79.9 % de actitud negativa. Por lo tanto, sí se encontró asociación significativa entre el conocimiento y la actitud frente a la obesidad en los adolescentes estudiantes de secundaria.

**Palabras clave:** Conocimiento, actitud, adolescente, obesidad



## ABSTRACT

The general objective was to determine the degree of relationship between the knowledge about obesity and the attitudes of the secondary students of the San Pedro Bellavista Callao school, in the year 2019, through the use of instruments that allowed establishing the extent to which the relationship between the variables is shown. For this work, a descriptive design study of a non-experimental mixed approach of retrospective cross-sectional correlational level of basic type with a population of 214 (100 %) students was used. The duly validated questionnaire and Likert scale and the semi-structured guide for qualitative information have been used as a quantitative measurement instrument. The Chi-square correlation coefficient was applied to the quantitative information in order to specify the effect of a group of variables, considered potentially influential, on the occurrence of a certain process of the variables: knowledge about obesity and attitudes towards it. Complementarily, to these findings, the analysis of qualitative information was incorporated. The conclusion was that there is a relationship between knowledge and attitude of adolescents towards obesity. That the knowledge of adolescent students is low by 86 % and has a negative attitude in 79.9 %. Therefore, that a significant association was found between knowledge and attitude towards obesity in adolescent high school students.

**Keywords:** Knowledge, attitude, adolescent, obesity

NOMBRE DEL TRABAJO

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL COLEGIO SAN PEDRO BELLAVISTA CALLA**

AUTOR

**DANIEL ALEJANDRO MORALES VARGAS**

RECuento de palabras

**22589 Words**

RECuento de caracteres

**125209 Characters**

RECuento de páginas

**113 Pages**

Tamaño del archivo

**5.8MB**

Fecha de entrega

**Mar 26, 2024 11:19 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Mar 26, 2024 11:22 AM GMT-5**

● **17% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Descripción de la situación problemática

Según la OMS (1), la obesidad, una de las muchas enfermedades crónicas no transmisibles polifacéticas y multidimensionales, afecta a la población tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo y constituye un grave problema de salud pública, debido a su papel como factor de riesgo de otras enfermedades. La OMS define la obesidad como una acumulación excesiva de grasa perjudicial para la salud. Lobstein T et al. (2) señalan que se trata de una grave epidemia mundial que resulta aún más preocupante por el hecho de que son los niños y los adolescentes los que experimentan este aumento. Debido a su mayor riesgo de padecer muchas enfermedades no transmisibles, como diabetes, hipertensión, cardiopatías y cáncer, este aumento tiene importantes repercusiones en la situación socio-sanitaria.

Algunos indicadores mundiales y nacionales muestran la gravedad del problema y la importancia de investigarlo. Según estimaciones de las Naciones Unidas (3) en las Américas el 58 % de las personas tienen sobrepeso o son obesas; los porcentajes más elevados se registran en Chile 63 %, México 64 % y Bahamas 69 %. Esta prevalencia mundial demuestra que se trata de uno de los problemas de salud pública más preocupantes del siglo XXI.

Según otras fuentes, la obesidad se está convirtiendo en una afección común entre los adolescentes del mundo actual (4); dado que esta población aún no se ha enfrentado a las patologías secundarias y complicaciones de la enfermedad, es la más peligrosa y silenciosa. Sin embargo, no hay muchas investigaciones sobre el tema en este grupo de población.

De igual manera, los reportes de la OMS (5) son preocupantes en la medida en que detallan un aumento de diez veces en la obesidad infantil y adolescente en los cuarenta años anteriores. Uno de los factores que impulsan el estudio de la

población adolescente en la investigación son las tasas mundiales de problemas metabólicos en niños y adolescentes de entre 5 y 19 años, que aumentaron de 1975 (1 % de los niños y adolescentes) a 124 millones (6 % de niñas y 8 % de niños) en 2016. La evidencia científica indica que un aumento de la morbilidad y mortalidad temprana conduce al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta, disminuye la esperanza de vida.

Para resolver la cuestión, es necesario investigar mucho más sobre el conocimiento que tienen los adolescentes de la obesidad, definido como su conocimiento personal de hechos que pueden ser útiles o no (6). Por el contrario, la actitud se define como una disposición persistente de creencias en relación con un elemento o una circunstancia concreta que hace más probable responder de una manera determinada (7). Dentro del contexto que enmarca la investigación, no existen muchos estudios que estudien estas variables en población adolescente.

Por lo tanto, la bibliografía estima que en los países del primer mundo la obesidad representa un gasto directo de entre el 2 y el 7 %. Esto significa que la falta de una comprensión clara de la obesidad como enfermedad tiene un gran impacto no sólo en la salud, sino también en la sociedad (8). Así lo sostienen García, J et al. (9) mencionando que, en el caso de América Latina, en naciones andinas como Bolivia, Perú y Colombia, se necesitan recursos financieros de alrededor del 25% del presupuesto total para una adecuada atención de la obesidad y sus principales complicaciones, como la hipertensión, la diabetes *mellitus* y el hipercolesterolemia. A esto hay que añadir el estigma del coste social, que se manifiesta en discriminación, desempleo y otras cuestiones que repercuten en las personas que trabajan, así como en otros niveles de la sociedad (10). Los planes y estrategias para mejorar las políticas públicas y el control de las enfermedades no transmisibles deben desarrollarse a la luz de la reciente tendencia mundial de aumento de la prevalencia de la obesidad. Esta es la situación en Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Colombia, Brasil (11), Ecuador (12), México, EE. UU. (13), Uruguay y Perú y, en consecuencia, las leyes que apoyan la mejor venta

posible de alimentos a los niños en Estados Unidos, así como en las naciones sudamericanas de Brasil, Chile y Perú (14). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (15) informa que no se ha producido una disminución de la prevalencia, a pesar de que diversos organismos rectores a nivel mundial, entre ellos el Minsa de Perú, han puesto en marcha programas, estrategias y acciones acordes con los organismos internacionales de salud. Perú es uno de los países donde las tasas de obesidad han aumentado más rápidamente en los últimos tiempos, lo que resulta preocupante.

El INEI (16) reporta que, en el periodo 2014-2018, hay un incremento de 4.2 puntos porcentuales de personas de 15 años con obesidad. Lo preocupante son los datos aportados por Tarqui (17) que estima que solo en Lima Metropolitana el 28,6 % de niños son obesos. El Minsa (18) reporta una gran incidencia de sobrepeso se documentó en el departamento de Tacna representando un 40,9 %, seguido de Callao, provincia de Lima, con un 39,2 así como Lima con 38,8 %, lo que podría llevar a inferir que no están siendo efectiva la implementación de las estrategias impulsadas por el órgano rector y que hay muchas aristas que estudiar sobre el problema desde diferentes enfoques para una mejor comprensión del fenómeno.

Por ello, una prioridad de investigación en salud decretada por el Minsa incluye, entre otras, a las enfermedades no transmisibles asociadas a la nutrición, bajo los términos biopsicosocial de un individuo o población y de las respuestas sociales para mejorarlas. Sin embargo, como se mencionó líneas arriba los estudios sobre el tema van más en el orden de la corriente positivista, requiriéndose el estudio desde diferentes enfoques que permitan una mejor comprensión del problema en estudio.

Es así que, bajo el enfoque de los determinantes de la salud, se considera necesario profundizar en los vacíos del conocimiento alrededor de obesidad, ligadas a la influencia mediática del siglo XXI, en el mundo, a los cambios en los estilos de vida, migraciones, transformaciones de las condiciones sociales y económicas, que

median en las creencias, sentimientos y comportamientos frente a la salud y no solo en la prevalencia, factores de riesgo y sus complicaciones, ya sean de orden metabólico, endocrino, cardiológico o del aparato locomotor con clara orientación biologicista de la salud (19).

El estudio, desde la mirada de las ciencias sociales, desde un enfoque mixto, se centra específicamente en dos de los determinantes personales: el conocimiento y la actitud de los adolescentes de nivel secundario frente a la obesidad del colegio San Pedro.

Se elige una institución educativa que tiene en cuenta que el colegio es el espacio físico-biológico sociocultural-emocional que, entre otros, genera experiencia y aprendizajes relacionados con la alimentación, sumado al conocimiento del riesgo de que la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio; si esta empieza en la niñez o en la adolescencia, la probabilidad de que sean obesos en la edad adulta es mayor y, por consiguiente, a que padezcan enfermedades metabólicas y cardiovasculares (20).

En consecuencia, se considera necesario investigar el conocimiento de la obesidad y la actitud en los estudiantes secundarios del colegio San Pedro en el año 2019.

## **1.2 Formulación del problema**

### **General**

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la actitud que tienen los estudiantes de nivel secundario frente a la obesidad en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019?

### **Específicos**

¿Cuál es el nivel de conocimiento básico y la actitud sobre obesidad de los estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019?

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento según sus dimensiones y la actitud de los estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019?

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y la actitud cognitiva, afectiva, y comportamental de los estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019?

¿Cómo los datos cualitativos del conocimiento y actitud de los estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019 complementan y ayudan a explicar los resultados cuantitativos iniciales?

### **1.3 Objetivos**

#### **General**

Determinar la relación entre el conocimiento y la actitud de adolescentes de nivel secundario frente a la obesidad en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

#### **Específicos**

Describir e interpretar el nivel de conocimiento de la obesidad según edad y sexo de adolescentes de nivel secundario frente a la obesidad en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

Describir e interpretar la actitud frente a la obesidad del adolescente de nivel secundario frente a la obesidad en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

Establecer la relación que existe entre el conocimiento según sus dimensiones y la actitud de los adolescentes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

Establecer la relación que existe entre el conocimiento y la actitud cognitiva, afectiva y comportamental de los adolescentes de educación secundaria del colegio San

Pedro-Callao en el año 2019.

Describir como los datos cualitativos del conocimiento y actitud de los estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019 complementan y explican los datos cuantitativos iniciales.

#### **1.4 Justificación**

El estudio se justifica por lo que sostiene Hammond et al. (21) que, en la actualidad, la obesidad y el sobrepeso son graves problemas de salud pública que tienen importantes repercusiones socioeconómicas en la población. Estos problemas repercuten negativamente en el rendimiento académico, tanto cuantitativa como cualitativamente, y, en consecuencia, en el nivel de vida del capital humano; y Cai, L (22) manifiesta el impacto directo como al gasto directo en servicios de salud.

Este estudio pretende reflejar dos realidades o visiones integradoras -una objetiva y otra subjetiva- utilizando un enfoque mixto, un punto de vista epistemológico y el pluralismo paradigmático. Esto se hace a la luz de la naturaleza compleja del conocimiento y las actitudes en torno a la obesidad.

Se espera que en base a los resultados y dentro del marco de los lineamientos de salud pública, se beneficie a los estudiantes a través del fortalecimiento de las actitudes, el conocimiento sobre la obesidad y formas de prevenirla desde los colegios, a fin de evitar la consolidación de patrones sociales y culturales que conlleven a enfermar de manera precoz, incrementando los ya alarmantes indicadores de obesidad y sus complicaciones consecuentes, basado en lo postulado por Bandura, que afirma que las personas pueden optar por adoptar voluntariamente comportamientos saludables si se les dan las herramientas, la información y las habilidades necesarias para cambiar sus hábitos, así como la conciencia de los riesgos y consecuencias asociados a ellos (23).



### **Viabilidad y factibilidad**

La población de estudio, adolescentes de secundaria de la provincia constitucional del Callao, de fácil acceso, hace factible la investigación. Existe experiencia con este tipo de diseño de investigación. No existen problemas morales para su avance. Las variables utilizadas en el análisis del trabajo son cuantificables, y el proceso se vio acelerado por el uso de instrumentos de recolección de datos validados y la disponibilidad de los recursos financieros, materiales y humanos necesarios.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En la investigación, se consignan los antecedentes más cercanos a las variables de estudio, debido a que tanto en la literatura internacional y nacional son pocos estudios los que abordan el problema como tal.

Elizathe L, Custodio J, et al. (24), en 2017, realizaron un estudio en 94 niños/as escolarizados de edad promedio de 10,72 años de ambos sexos que asistían al quinto, sexto y séptimo grado de tres escuelas primarias. Aplicaron la metodología no experimental, transversal descriptivo y correlacional. La Investigación determinó que la (97,87%) presenta una actitud negativa hacia el sobrepeso el sobrepeso, sin diferencias por sexo ni por índice de masa corporal. No hallaron diferencias por categoría de peso según IMC en la actitud negativa hacia el sobrepeso.

Elsadig Y et al. (25), en 2019, publicaron una investigación para describir el conocimiento de la obesidad entre estudiantes de escuelas intermedias en Majmaah, Arabia Saudita. En una población de 336 alumnos de sexo masculino de una escuela secundaria. La investigación determinó que, un gran porcentaje del alumnado tenían un adecuado nivel de conocimiento referente a obesidad (61.1%). Los estudiantes obesos que tenían adecuado conocimiento fueron de un 72.3 %, los estudiantes con sobrepeso, normal y bajo peso tenían un conocimiento adecuado de obesidad, siendo 63.4 %, 59.66 % y 47.3 % respectivamente. Los autores llegaron a la conclusión de que la mayoría de los estudiantes escolares tienen un conocimiento adecuado sobre la obesidad; sin embargo, el conocimiento de aquellos que son obesos o con sobrepeso es mejor que los que tienen un peso normal o de bajo peso.

Sánchez R et al. (26), en 2018, examinaron las creencias y actitudes de estudiantes de la Escuela Secundaria Obligatoria (ESO) con una población de 348 estudiantes sobre las causas de la obesidad, así como las actitudes que guardan hacia esta.) (N = 348) Los resultados develaron como Causa la Obesidad indican a factores

como la voluntad por sobre los genéticos, ejercicio, etc., (4.689, 1627.115) = 108.691,  $p < .001$ . En cuanto a las actitudes hacia la Obesidad Infantil mostraron que los participantes tienden a estar en desacuerdo (84,84 %) en atribuirles características negativas a las personas menores que padecen obesidad y solo un 35.25 % está de acuerdo en atribuirles características positivas.

Thaher L et al. (27), en 2018, efectuaron un estudio descriptivo correlacional, que incluyó como población de estudio a 782 adolescentes de sexo femenino en Jordania. El estudio determinó que, la prevalencia de sobrepeso y la obesidad entre las adolescentes fue del 34.9 % y 12.5 %, respectivamente. El conocimiento sobre el riesgo para la salud asociado con la obesidad entre los adolescentes fue baja. 95 % de los participantes tuvieron bajo a moderado conocimiento sobre el riesgo para la salud asociado a obesidad. El estudio concluyó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el total de estudiantes fue elevada. El sobrepeso y obesidad es un serio problema de salud pública.

Pajuelo S, Saintila J .et al. (28), en 2018, realizaron un estudio transversal en 310 adolescentes de edades comprendidas entre 12 a 18 años, y encontraron que el 50,6 % presentaron conocimientos regulares sobre alimentación saludable. El 87,8 % de los participantes demostraron actitudes favorables. Se encontró correlación positiva estadísticamente significativa entre los niveles de conocimientos con las actitudes y prácticas de los participantes ( $\rho = 0,197$ ;  $p = 0,000$ ) y ( $\rho = 0,159$ ;  $p = 0,005$ ), respectivamente. También, se evidenció que las actitudes están asociadas con los niveles de prácticas ( $\rho = 0,427$ ;  $p = 0,000$ ).

Abosedo O (29), en 2017, publicó una investigación descriptiva de corte transversal, en una población de 400 estudiantes de nivel secundaria. Se demostró un buen nivel de conocimiento sobre obesidad 58.2 % y un 42.2 % de pobre conocimiento. Alrededor de 24.1 % de los encuestados tenía una actitud favorable a la obesidad, 53.1 % actitud moderada y 22 % actitud desfavorable. Los resultados demostraron una asociación significativa entre el conocimiento y la actitud de los estudiantes ( $p$

<0.05). Las conclusiones fueron que los estudiantes de secundaria encuestados en el presente estudio tienen buen conocimiento y una actitud favorable hacia la obesidad.

De Hoyos, A (30), en 2018, realizó un estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal con el objetivo de determinar la actitud hacia la obesidad del adolescente en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la Delegación Aguascalientes. Con una muestra de 354 adolescentes de entre 10 a 19 años. Encontró, una actitud global indiferente o neutra, de los adolescentes hacia la obesidad, en el componente cognitivo encontraron una actitud negativa, en el componente afectivo y conductual observaron una tendencia hacia la indiferencia.

Mohammed A (31), en 2016, realizó una investigación con el uso del método descriptivo correlacional sobre la Actitud y conocimiento de los riesgos de obesidad entre los estudiantes varones, que incluyó como población a 314 de sexo masculino de una escuela secundaria. Se evidenció que 241 estudiantes tuvieron conocimiento insuficiente sobre los problemas relacionados con la obesidad y solo 73 tenían conocimiento suficiente. Los estudiantes con actitud positiva hacia la persona obesa fueron de 53.2 %, mientras que 46.8 % tenían una actitud negativa. El estudio reveló que el conocimiento de los estudiantes sobre los factores de riesgo de obesidad era insuficiente, mientras que su actitud hacia las personas obesas se considera satisfactoria.

Eudosio H, Sifuentes L, Rivas L (32), en 2019, investigaron con el objetivo de conocer cuáles son las creencias y actitudes de los pobladores de una comunidad urbana hacia la obesidad y sobrepeso, utilizando el método exploratorio, con una muestra de 240 pobladores, hombres y mujeres de 18 a 70 años, encontraron que, el 54.2 % creen que a los niños les gusta solo dulces y golosinas; 41.7 % solo dulces y frituras, mientras que para el 4.2 % solo manifestaron las frituras haciendo hincapié en las hamburguesas . Explorando la práctica del deporte o la actividad física que acostumbran a realizar, encontraron que el 37.5% declaró no

hacer deporte; el 25 % expresó correr en las mañanas; y hacer atletismo; el 16.7 % jugar fútbol. El 12.5 % integrado por mayores de 50 años, se expusieron más pasivos.

Barragán R y Rubio L (33), en 2020, realizaron un estudio con la finalidad de analizar el discurso de personas obesas mediante grupos de discusión en cuanto a factores que subyacen en la obesidad, percepción del riesgo de patologías, pérdida peso y otros factores relevantes. La metodología fue cualitativa con dos grupos de discusión en sesiones separadas, homogéneos por sexo, con un total de 14 participantes. Los resultados evidenciaron importantes diferencias en la perspectiva entre hombres y mujeres. Las causas auto percibidas de obesidad para las mujeres fueron el embarazo y el periodo menopáusico. Los hombres la atribuyeron a los hábitos alimenticios y costumbres culturales. Para los hombres la finalidad de disminuir el peso era mejorar su salud, sin embargo, las mujeres incluían también la estética. Ambos sexos pensaban que la obesidad puede acarrear grandes problemas. Ellas revelaron tener miedo a engordar, mientras que los hombres no lo expusieron. También observaron diferencias en las estrategias de lucha contra la obesidad.

Rojas M (34), en 2015, realizó un estudio descriptivo de tipo observacional y de corte transversal, en una muestra de 112 estudiantes, los resultados a los que abordó fue que el 55 % de los estudiantes tienen edades entre 16 y 17 años, el 32 % entre 14 y 15 años y el 13% tienen de 18 años a más, el 61 % corresponden al sexo femenino y el 39 % al sexo masculino. El nivel de conocimiento sobre obesidad según dimensión generalidades fue inadecuado en un 63 %, y adecuado en un 37 %, el nivel de prevención sobre obesidad según hábitos alimentarios fue favorable alcanzando 70 %, y desfavorable en un 30 % de los adolescentes encuestados. El nivel de prevención sobre obesidad según prácticas de deporte fue favorable alcanzando 54 %, y desfavorable en un 46 %.

---

Huamán G, Lizbeth J, Agurto G, Denisse M (35), en 2016, investigaron con el

objetivo de determinar la relación entre conocimiento y la actitud de los adolescentes con la obesidad, aplicaron el diseño no experimental de corte transversal de nivel descriptivo, tipo aplicada-descriptivo con enfoque cuantitativo, estudiaron a una muestra de 40 jóvenes de 18 – 27 años, teniendo como resultados que el 75 % de los estudiantes tuvieron un nivel de actitud moderada, tanto para preferencia/rechazo, preocupación/desinterés y voluntad/apatía, es decir que tienen ideas pensamiento poco radicales, no brindan tanta importancia hacia la obesidad, siguiéndole un 20 % con nivel de actitud alta por ultimo un 5% que presentó actitud baja.

Sánchez T (36), en 2018, en la región de Huánuco, desarrolló una investigación de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico, cuantitativo y con un diseño descriptivo correlacional. Con una muestra conformada por 75 estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria, encontró que 81.3 % de estudiantes mostraron un nivel de conocimiento bueno sobre la obesidad, y el 70.7 % presentaron una actitud positiva frente a la prevención de la obesidad. Demostraron que existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud para prevenir la obesidad con una significancia ( $P=0.05 \leq 1.53$ ).

Portocarrero D et al. (37), en 2016, publicaron una investigación cualitativa, en una población de 23 participantes en Lambayeque. La investigación determinó que la mayoría no reconocía a la obesidad como una enfermedad, pero si como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. Algunos consideran que ser obesos desde la infancia hasta la adultez no es sinónimo de enfermedad y es completamente normal. Las conclusiones fueron que las mujeres muestran mayor preocupación por su salud que la de los varones. A su vez, consideran a la obesidad y sobrepeso como factores de riesgo, mas no como enfermedad.

Rivas L et al. (38), en 2019, investigaron a través de un enfoque mixto, con el objetivo de explorar las creencias y actitudes de pobladores de una comunidad urbana, frente a la obesidad , en una población 240 pobladores, hombres y mujeres

de 18 a 70 años encuestados y 2456 personas observadas de todas edades encontraron: experiencias colectivas e individuales singulares en los procesos de socialización, alimentación y movilidad social; oportunidades para incorporar elementos de culturas locales, modernas y tradicionales; el acceso a medios masivos y tecnologías de información que posibilita el asimilar pautas de comportamiento, de consumo, de gustos y de prácticas de la sociedad, alegría por tener hijos «gorditos», que los consideraban «normales», con «buena salud» y «la pinta de limeños» y no de provincianos, mucho menos de «serranos» como signo de un estrato más alto al de sus vecinos.

## **2.2 Bases teóricas**

A lo largo de este capítulo, se abordarán de manera general conceptos fundamentales y necesarios para la comprensión del fenómeno en estudio.

### **Definición de obesidad**

La Organización Mundial de la Salud define la obesidad como una afección en la que el aumento de la grasa corporal repercute negativamente en la salud (39). Por ello, el índice de masa corporal -que calcula la relación entre el peso y la talla- se utiliza como uno de los indicadores para determinar el diagnóstico, ya que debe cuantificar el grado de adiposidad.

En consecuencia, la obesidad está indicada por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a  $30 \text{ kg/m}^2$ , que se calcula duplicando la altura en metros sobre el peso en kilogramos. Además, la PAB < percentil 75 en varones y mujeres (baja), la PAB  $\geq$  percentil 75 y < percentil 90 en varones y mujeres (alta), y la PAB  $\geq$  percentil 90 en varones y mujeres (muy alta) se relacionan con un aumento de la circunferencia abdominal en adolescentes por encima del percentil 75 que se asocia con enfermedades cardiovasculares (40).

Una de las mayores preocupaciones para la salud pública es la obesidad. Se cree que 150 millones de niños de entre uno y diez años tienen sobrepeso o son obesos,

según el Grupo Internacional de Trabajo sobre la Obesidad (41).

Sin embargo, las investigaciones demuestran que la diabetes *mellitus* de tipo 2 es cada vez más frecuente en los adolescentes como consecuencia de la incapacidad o insuficiencia del organismo para utilizar la insulina (42) (43).

### **Clasificación de la obesidad**

La actual clasificación de la obesidad de la Organización Mundial de la Salud se basa en el IMC, que se calcula dividiendo el peso del individuo, expresado en kilogramos, por su estatura, expresada en metros al cuadrado. Las personas con un resultado igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> se clasifican como obesas. Los valores se tienen en cuenta según la clasificación de la OMS (44).

En adolescentes, se clasificaría según lo estipula la OMS para las edades comprendidas entre 5 y 19 años (45).

<b>Diagnóstico</b>	<b>Desviación standard</b>
<b>Delgado severo</b>	<-3
<b>Delgado</b>	<-2
<b>Normal</b>	≥-2 y ≤1
<b>Sobrepeso</b>	>1
<b>Obesidad</b>	>2

### **Etiología de la obesidad**

Existen diversas etiologías que contribuyen a la aparición de la obesidad, aunque el desequilibrio entre la elevada ingesta energética y el gasto energético del estilo de vida de la población es la causa principal del aumento actual de la prevalencia de la obesidad, clasificación basada en las etiologías que George A. Bray, Donna H. Ryan y Richard A. Dickey han propuesto (46). El primer paso para tratar la obesidad y el sobrepeso como entidades multifactoriales es clasificarlas en las siguientes categorías: sociocultural, biogenética, económica y medioambiental. Hablaremos un



poco de cada una de ellas. El estudio explora el conocimiento, la actitud y las causas socioculturales.

#### **a) Obesidad neuroendocrina**

Una lesión de la región ventromedial del hipotálamo, que puede presentarse como un tumor (craneofaringioma), una lesión inflamatoria, un traumatismo u otras afecciones hipotalámicas, puede ser la causa de la obesidad neuroendocrina.

El tratamiento de la enfermedad de Cushing se centra en abordar la causa subyacente de la elevada producción de corticosteroides, que suele ser un adenoma hipofisario. La enfermedad de Cushing puede cursar con obesidad.

#### **b) Aumento de peso inducido por fármacos**

Los tratamientos para la diabetes, como la insulina, las sulfonilureas o las tiazolidinedionas, pueden aumentar el apetito y la ingesta de alimentos en los pacientes, lo que puede provocar un aumento de peso.

Como consecuencia de sus efectos sobre las monoaminas del sistema nervioso central, algunos antidepresivos, antiepilépticos y glucocorticoides también pueden provocar un aumento de peso.

#### **c) Obesidad alimentaria-dietética**

Las causas del aumento de la obesidad en el último siglo incluyen una dieta rica en grasas, porciones grandes, alimentos de fácil acceso (baratos) y la disminución de la actividad física en la mayoría de los estadounidenses. En los últimos 30 años, la ingesta de calorías ha aumentado en 200-300 kcal al día.

Hoy, los adolescentes tienden a ignorar la mala alimentación como un factor de riesgo para la salud que puede mermar su capacidad para pensar con claridad y ser productivos (47).

Los estudios demuestran que la comida rápida, las bebidas azucaradas, los refrescos y los aperitivos son consumidos habitualmente por los adolescentes como parte de un patrón de hábitos alimentarios poco saludables. Debido a su alto contenido calórico, estos alimentos también contribuyen al desarrollo de hiperlipidemia, obesidad y sobrepeso. Por el contrario, el desorden en los horarios de las comidas, saltárselas y consumir más comida rápida, dulces y bebidas energéticas conducen a hábitos alimentarios irregulares (48).

El porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad en Lima Metropolitana y la Costa ha aumentado debido en parte al incremento del 265% del consumo de comida rápida en Perú en los últimos diez años, según especialistas en nutrición y seguridad alimentaria del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (49) (50).

#### **d) La disminución del gasto energético**

**Metabolismo en reposo:** En un día, el intervalo es de 800-900 kcal/m<sup>2</sup>. Disminuye con la edad y es menor en las mujeres que en los hombres. Si el consumo de alimentos no disminuye del mismo modo, una parte importante del aumento de los depósitos de grasa puede explicarse por la ralentización del metabolismo con el paso del tiempo.

**Ejercicio físico:** A pesar de su fluctuación, representa una cuarta parte del consumo energético diario del medio. Es más fácil modificar este aspecto del gasto energético desde un punto de vista terapéutico.

**La termogénesis de la dieta:** Gasto energético tras la ingesta de alimentos, expresado como consumo de oxígeno. Hasta el 10% de las calorías consumidas se disipan por este efecto térmico de los alimentos. El efecto térmico de los alimentos se reduce en los pacientes obesos, principalmente en los que padecen diabetes mellitus o intolerancia a la glucosa.

**Termogénesis de adaptación:** Las deficiencias nutricionales manifestadas de forma aguda, así como la hiperalimentación, provocan las correspondientes desviaciones en el metabolismo general, que pueden alcanzar el 15-20 %.

### **Factores genéticos en la obesidad**

**Predisposición genética a la obesidad:** Alrededor del 80 % de la descendencia será igualmente obesa si ambos progenitores lo son. Menos del 10 % es la probabilidad si sólo hay una persona obesa. Las investigaciones sobre gemelos idénticos indican que hasta el 70% de la variación en el aumento de peso puede atribuirse a factores hereditarios.

Parece que los factores nutricionales intrauterinos y de la primera infancia desempeñan un papel crucial en la programación del riesgo de obesidad. Observaciones recientes en poblaciones humanas han confirmado el papel de los acontecimientos epigenéticos en este proceso. Por ello, cada vez se presta más atención al aumento de peso y la nutrición relacionados con el embarazo, y se recomiendan limitar este aumento en las mujeres obesas.

### **Causas de obesidad-sobrepeso**

- **La variación genética:** El defecto monogénico más común relacionado con la obesidad se encuentra en el receptor de melanocortina 4, que podría explicar hasta el 5% de los casos pediátricos de obesidad grave.

La obesidad masiva se ha relacionado con varias familias con deficiencias de leptina o de receptores de leptina que se han demostrado científicamente. La hormona adrenocorticotrópica, la hormona estimulante de melanocitos y la obesidad masiva también están relacionadas con la deficiencia de proopiomelanocortina. La proopiomelanocortina es el precursor de estas hormonas.

**-Falta de balance energético:** Resultado de un desequilibrio energético. La energía consumida y la energía ingerida de los alimentos deben ser iguales en un estado de equilibrio. Los alimentos y las bebidas proporcionan energía. La cantidad de energía utilizada por el organismo para sus diversos procesos metabólicos se conoce como energía gastada.

**-Estilo de vida poco activo:** Las personas poco activas no queman calorías y son más propensas a engordar, lo que aumenta su riesgo de desarrollar diabetes, cardiopatías coronarias y otras enfermedades.

**-Medio ambiente:** Los horarios de trabajo, los tipos y porciones de alimentos, los horarios de las comidas y el acceso a la publicidad que promueve el consumo de alimentos ricos en grasas, carbohidratos y azúcares son sólo algunos ejemplos del entorno que puede conducir a la adopción de hábitos poco saludables y al fomento de la obesidad.

### **Fisiopatología de la obesidad**

Se ha relacionado con la obesidad una alteración en el perfil secretor tanto del adipocito como del tejido adiposo, así como la observación de un cambio en la proporción de leptina y adiponectina. El adipocito es una célula de primer orden del tejido adiposo, especializada en el almacenamiento de energía en forma de triglicéridos en sus cuerpos lipídicos y al mismo tiempo encargada de liberarlos en situaciones de requerimiento energético (51).

Por lo tanto, los niveles elevados de leptina en sangre y los niveles reducidos de adiponectina se observan en el contexto de la lipoinflamación, y estos cambios no están relacionados con los niveles de tejido adiposo (52).

Además de las propiedades inmunomoduladoras de la leptina y de las propiedades antiinflamatorias sistémicas y sensibilizadoras a la insulina de la adiponectina, se desarrolla un perfil secretor que podría explicar en parte los trastornos metabólicos

ligados a la obesidad, incluida la inflamación de bajo grado (53).

### **Manifestaciones clínicas**

El riesgo de un paciente de morir por apnea del sueño, diabetes *mellitus* de tipo 2, cáncer, artrosis, enfermedades cardiovasculares, etc. casi se duplica si su índice de masa corporal es superior a 32 (54).

La distribución de la grasa corporal puede estar o no influida por su correlación con trastornos endocrinos, como la diabetes *mellitus* de tipo 2, u otras afecciones médicas, y/o cardiovasculares, gastrointestinales, nefrourológicas, neurológicas (55), respiratorias y psicológicas (56).

La obesidad grave en niños y adolescentes se define como un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> o  $\geq 120$  % del percentil 97. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como IMC-SDS  $> 2$  por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS según edad y sexo, y el sobrepeso como IMC-SDS  $> 1$  en niños de 5 a 19 años (57) (58).

Debido a la mayor colapsabilidad de la faringe frente a la presión negativa de la inspiración y a su menor respuesta ventilatoria al aumento de CO<sub>2</sub>, el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una manifestación clínica de la obesidad y un importante factor de riesgo de padecerla. Esta enfermedad provoca sueño deficiente e inactividad física, lo que a su vez favorece o agrava la obesidad (59) (60).

Sin embargo, las investigaciones sugieren que la obesidad puede influir en la presentación clínica del trastorno por déficit de atención. Según las investigaciones, existen diferencias significativas entre sexos, siendo más frecuente en el sexo masculino. En comparación, los niños obesos tienen más probabilidades de padecer TDAH (9,3 % frente a 5 %) que las niñas obesas (61).

## **Diagnóstico**

Aunque actualmente se reconoce que no hay forma de distinguir entre masa grasa y masa libre de grasa, se han seleccionado procedimientos antropométricos que computan la cantidad media de adiposidad mediante un método indirecto (62).

Dado que el IMC presenta una correlación positiva con la adiposidad medida mediante IRM, TEM y otros métodos, se utiliza ampliamente para medir la adiposidad tanto en niños como en adolescentes (63).

## **Tratamiento**

El tratamiento médico de la obesidad puede estar dividido de la manera siguiente:

**Terapia cognitivo conductual:** Un enfoque terapéutico eficaz y de primera línea basado en técnicas conductuales basadas en la identificación de conductas, pensamientos y sentimientos para individuos obesos en todas las etapas de la vida. Tiene un efecto ventajoso en la prevención de la aparición de comorbilidades y en la disminución de la probabilidad de complicaciones (64).

**Actividad física:** Dado que la actividad física tiene un efecto sistémico protector y beneficioso, la práctica de actividad física diaria ayuda a mantener el equilibrio energético y reduce el riesgo de aumento de peso (65).

**Agua:** Sus necesidades son erráticas y están influidas principalmente por la actividad física y las variables sociodemográficas. Se cree que las bebidas con alto contenido calórico representan el 20 % del total de calorías consumidas en México por persona (66).

**Dietoterapia infanto juvenil:** Uno de los aspectos más importantes de la prevención de la obesidad es la dieta y la combinación adecuada de nutrientes. Una dieta equilibrada debe incluir una cantidad suficiente de cada uno de los principales macro y micronutrientes para satisfacer la mayoría de las necesidades fisiológicas,

adaptando la ingesta de alimentos a las necesidades individuales (67).

La salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas vienen definidos por su alimentación, en todas sus manifestaciones culturales y en sentido amplio. Estos aspectos se ven afectados por multitud de factores, como el sexo, la edad, el estado fisiológico, la composición corporal, la actividad física y los rasgos personales únicos (68).

La Organización Mundial de la Salud aconseja que seguir una dieta sana es más crucial cuando se es más joven porque la ingesta de energía en general suele ser menor que en la edad adulta joven, pero no así las necesidades dietéticas de la mayoría de los nutrientes esenciales. Los alimentos densos en nutrientes y poco energéticos deben formar parte de ella. una dieta rica en variedad de frutas y verduras. La ingesta diaria de fibra de los niños debe calcularse sumando 5 a su edad cronológica y con el objetivo de alcanzar las necesidades adultas (20-25 g/día) a los 15 años (69) (70) (71).

### **Marco legal- Alimentación preventiva en el adolescente-**

La obesidad y el sobrepeso son en su mayoría evitables. Con el fin de mejorar la alimentación y la actividad física de la población y contribuir a alcanzar los nueve objetivos en materia de enfermedades no transmisibles para 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los equipos gubernamentales de todo el mundo a concentrar sus políticas y programas en la prevención de las enfermedades no transmisibles y a adoptar medidas globales que incluyan la alimentación y la actividad física regular (72).

Unicef publica la guía programática para la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes en 2019 junto con el plan estratégico 2020-2030 2018-2021, todos con el mismo objetivo. donde se hacen sugerencias particulares para tratar el tema. Sugiere poner en marcha amplios programas que apoyen entornos de aprendizaje saludables en las escuelas, así como información y habilidades

relacionadas con la actividad física, la nutrición y la salud. Analizar las circunstancias que rodean a la obesidad infantil en todos los grupos de edad. Del mismo modo, fomentar la cooperación y coordinación entre sectores, como el educativo, para contribuir a la prevención del sobrepeso y la obesidad (73).

El Ministerio de Salud de Perú promulgó la Ley N.º 30021-2018, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, en concordancia con las directrices de la OMS para reducir y erradicar las enfermedades asociadas a la obesidad, sobrepeso y enfermedades crónicas no transmisibles. La ley define la alimentación sana como una dieta variada, preferentemente en su estado natural o con un mínimo de procesado, que aporte energía y todos los nutrientes esenciales que toda persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole tener una mejor calidad de vida a cualquier edad (74).

El reglamento propone ocho disposiciones como temas transversales en la promoción de estilos de vida saludable en los programas de estudio de la Educación General básica.

**En el capítulo III, artículo 7**, establece las directrices para el apoyo técnico que el ministerio, sus direcciones y los gestores regionales de salud ofrecerán al ministerio de educación con el fin de promover una alimentación sana y una vida activa.

**En los artículos 5 y 6** destaca la promoción de la educación nutricional, la actividad física y la alimentación saludable, todo lo cual debe aplicarse de manera coherente en el contexto de la diversificación curricular y bajo un enfoque cultural en las distintas instituciones educativas dependientes del ministerio de educación.

En el mismo capítulo, en el artículo 9, contiene disposiciones destinadas a promover comedores y quioscos saludables. Destaca la necesidad de que la venta de alimentos y bebidas en las escuelas siga unas directrices que fomenten el consumo de agua y alimentos sanos, limitando al mismo tiempo la disponibilidad de bebidas



azucaradas y artículos con alto contenido calórico y escaso valor nutritivo.

En el capítulo V, Se están estudiando recomendaciones para regular la publicidad, lo que limitará los efectos perjudiciales que tiene en niños y adolescentes y reducirá la cantidad de bebidas azucaradas y productos hipercalóricos y bajos en nutrientes que consumen (75).

En general, se sabe que para prevenir las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo es necesario seguir una dieta equilibrada y practicar una actividad física regular. Para evitar o prevenir la aparición de ciertas enfermedades que pueden surgir como consecuencia de malos hábitos alimentarios, la nutrición preventiva es una herramienta que se centra en el desarrollo de hábitos saludables desde la infancia y la juventud (76) (77).

Para garantizar que la ingesta calórica de un individuo sea adecuada a su nivel de actividad y que su sistema inmunitario se vea reforzado, la nutrición preventiva debe tener en cuenta las necesidades y el desgaste que cada persona experimenta a lo largo del día. Esto permitirá al individuo mantener una buena salud y disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (78).

La edad, el sexo y los niveles de actividad física de los adolescentes deben tenerse en cuenta a la hora de calcular la ingesta energética diaria recomendada (79).

En cuanto a los aspectos psicoeducativos de la obesidad infantil y adolescente, es bien sabido que la unidad familiar desempeña un papel clave en el control de la conducta de los niños mediante el establecimiento de normas firmes y bien definidas sobre lo que es y no es aceptable. Deben tenerse en cuenta la cantidad y la calidad de los alimentos que el niño y la familia consumen con frecuencia, los alimentos que se consumen en ocasiones especiales, los alimentos que los niños prefieren y rechazan, los horarios de alimentación y si la familia come en casa o fuera (80).

Sin embargo, las investigaciones indican que el funcionamiento de la familia puede desempeñar un papel en la epidemia de obesidad entre los adolescentes. Dado que los padres experimentan directamente los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen durante esta etapa, el adolescente ve el funcionamiento de la unidad familiar de forma muy diferente a la perspectiva de los padres. Por otra parte, los padres no siempre son conscientes de esta circunstancia. En el futuro, alterar la dinámica de la familia durante las comidas puede contribuir a disminuir la prevalencia de la obesidad adolescente (81) (82).

### **Conocimiento**

El conocimiento, según Bunge M (83), es un conocimiento crítico y fundamentado que distingue entre lo que es verdad y lo que no lo es. Aclara que se distingue por proporcionar pruebas fidedignas de la verdad, lo que explica la cualidad fundamentada del conocimiento y valida la conexión de la humanidad con diversos fenómenos.

Ramirez A (84) demuestra cómo el conocimiento es producto del aprendizaje y las experiencias generales de un individuo, siendo el conocimiento la culminación de todos los conceptos e información que una persona ha absorbido y retenido a lo largo de su vida. Destaca las capacidades humanas fundamentales de la cognición, que se derivan del simbolismo, la previsión, la observación o capacidad vicaria, la autorregulación y la autorreflexión o introspección.

### **Importancia del conocimiento en salud**

Según Jarillo S et al. (85), para entender el futuro de la salud pública, hay que tener en cuenta algunos de los aspectos que la diferencian del conjunto de conocimientos que condujeron al descubrimiento de los factores de riesgo biológicos e inmediatos para el desarrollo de enfermedades y a la justificación de los determinantes de la salud provocados por la organización de la sociedad. Así pues, el proceso de salud y enfermedad y las formas en que la sociedad reacciona ante él constituyen el objeto de conocimiento en el ámbito de la salud pública.

### **Importancia del conocimiento sobre la obesidad en el grupo de estudio**

Aprender sobre salud es crucial porque llevar un estilo de vida sano y tomar decisiones con conocimiento de causa depende de poder entender la información (86) (87).

Del mismo modo, el conocimiento es importante porque influye positivamente en las actitudes, que a su vez modifican el comportamiento hacia un objeto o tema concreto. En este caso, el aprendizaje de nueva información presenta la dificultad de cambiar unos patrones alimentarios profundamente arraigados y continuamente respaldados por la publicidad, las normas culturales y la dinámica familiar, al tiempo que se tienen en cuenta las limitaciones de las esferas social, política y económica (88). A este respecto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia señaló que los niños aprenden y experimentan en la escuela cosas esenciales para el desarrollo de sus capacidades y la formación de los hábitos que conforman su bienestar (89).

### **Teoría explicativa de la actitud**

Existen numerosas teorías para dilucidar los mecanismos implicados en el desarrollo y la evolución de las actitudes. La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (90) explican que la mayoría de los comportamientos sociales significativos están controlados por la voluntad y las intenciones conductuales del sujeto. Los humanos somos seres racionales con capacidad para procesar y organizar una gran variedad de información, utilizándola de forma estructurada con el objetivo de realizar o abstenerse de realizar determinadas conductas.

Según el mismo autor, las actitudes de las personas hacia el comportamiento pueden predisponerlas positiva o negativamente al desarrollo de un determinado comportamiento. Esto se debe a que las creencias de las personas sobre su comportamiento y la forma en que lo evalúan por sí mismas están influidas por estas creencias. En otras palabras, se basa en las creencias de las personas sobre los resultados de determinados comportamientos.

Además, afirman que el comportamiento de las personas sólo se ve influido indirectamente por factores externos y que el proceso de razonamiento implicado en la formación de actitudes se compone de elementos que influyen directa o indirectamente en su configuración. Estos comprenden el estatus socioeconómico, la edad, el sexo y el nivel cultural, entre otras características demográficas.

### **Teoría del aprendizaje**

Al ser aprendida y un subproducto de la socialización, la actitud es social en el sentido de que está moldeada por las actitudes, sentimientos y comportamientos de quienes rodean al individuo. Están orientados a expresar actitudes particulares que pueden ser reforzadas por experiencias positivas y se aprenden por asociación. Según este marco teórico, los padres desempeñan un papel crucial en la formación de las actitudes de sus hijos hacia la adopción de decisiones dietéticas saludables. Las investigaciones indican que los hábitos alimentarios, las elecciones de estilo de vida, las costumbres, los patrones alimentarios familiares y el consumo de alimentos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la obesidad (91).

### **Actitud**

Etimológicamente, la palabra actitud deriva del latín *actitudo*. Hernández V et al. la definen como la motivación social que dirige la conducta hacia metas u objetivos específicos desde una perspectiva psicológica (92).

Según Aigner (93), en el contexto de las ciencias sociales, la actitud se refiere a un sistema que impone progresiva y persistentemente creencias en una sociedad o en contextos sociofamiliares y culturales, que dio a lugar a determinados tipos de inclinaciones, sentimientos, ideas, temores y convicciones que se aprenden en función de las circunstancias y experiencias de los sujetos, predisponiéndoles a reaccionar de una determinada manera. Las actitudes son un estado interno, subjetivo, dinámico, adaptable, transferible y sujeto a cambios. Pueden examinarse a través de respuestas observables como manifestación externa de la subjetividad.

## **Componentes de la actitud**

Para Rodríguez (94), según las investigaciones establecidas, el desarrollo de una actitud positiva durante el proceso de aprendizaje requiere tres dimensiones o componentes, a saber, la coexistencia de una amplia gama de múltiples dimensiones con respuestas afectivas, cognitivas y conductuales:

**Aspecto cognitivo:** Es el conocimiento que las personas tienen sobre una cosa determinada y que influye en las decisiones que toman. Un conocimiento profundo del objeto favorece la asociación al objeto basada en experiencias de primera mano, en cuenta que se requiere una representación cognitiva del objeto para la existencia de una actitud. Dicho esto, sugiere que el objeto (pensamientos, creencias, conocimientos) que el objeto representa para el sujeto tiene una cualidad evaluativa.

**Aspecto afectivo:** Es cualquier emoción o sensación que genera el sujeto, ya sea favorable o desfavorable hacia el objeto. Se trata de procesos de actitud distintivos que apoyan o refutan las creencias del objeto tal y como se expresan en preferencias o emociones.

**Aspecto conductual:** Una verdadera asociación entre el objeto y los sujetos arroja evidencias de actuación, disposición e intención a favor o en contra del objeto. Estas pruebas abarcan tanto las intenciones del comportamiento como la ambigüedad de la relación comportamiento-actitud.

Es importante incorporar la idea de percepción desde el enfoque antropológico para comprender las actitudes desde una perspectiva cualitativa. La percepción se define como un comportamiento que incluye el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible; es decir, a través de la experiencia subjetiva, la percepción asigna características cualitativas a los objetos o circunstancias ambientales mediante referentes que se elaboran a partir de sistemas culturales e ideológicos particulares que son construidos y reconstruidos por el grupo social, que

permite generar evidencias sobre la realidad (95).

### **Consistencia de las actitudes**

Eagly y Chaiken et al. (96) afirman que existen varias formas de coherencia entre los dominios conductual, afectivo y cognitivo; las incoherencias, sin embargo, pueden darse en el dominio evaluativo-cognitivo por dos razones: La primera se basa en la teoría estructural de las actitudes, que sostiene que la estabilidad y la fuerza de las actitudes están más influidas por factores afectivos que por sistemas de creencias; en otras palabras, las actitudes sólo son un indicador fiable del comportamiento cuando pueden ser controladas por la voluntad. En segundo lugar, la falta de creencias de las personas sobre un objeto concreto se deriva de su mínimo o nulo contacto o experiencia con él.

### **Adolescencia**

La OMS (97): La adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que tiene lugar entre los 10 y los 19 años; es la etapa de la vida en la que las cosas cambian más deprisa: sólo los bebés cambian más deprisa. El cambio de la infancia a la adolescencia está simbolizado por esta fase, que está controlada por procesos independientes.

Secundino A (98) destaca la amplia gama de variaciones que se producen durante la adolescencia en términos de crecimiento y desarrollo biopsicosocial del individuo. Además, señala que el proceso no es continuo y puede ser asincrónico en diversos ámbitos, como el biológico, el intelectual, el emocional y el social. Por el contrario, hay momentos en los que la regresión se produce en relación con factores estresantes.

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Obesidad endógena:** obesidad provocada por una disfunción hormonal o del sistema metabólico (99).

**Obesidad exógena:** La obesidad es el resultado de consumir más calorías de las que el cuerpo necesita para satisfacer sus demandas metabólicas; esto cambia la relación entre la ingesta y el gasto de energía (100).

**Índice glicémico:** Es la capacidad de los alimentos para aumentar los niveles de azúcar en sangre tras una comida (101).

**La carga glucémica:** Este cálculo se obtiene multiplicando el índice glucémico del alimento por los gramos de hidratos de carbono de esa ración y dividiendo el resultado por 100 (102).

**Índice de grasa corporal:** Es la masa grasa total multiplicada por 100 y dividida por la masa total del cuerpo (103).

**Antropometría:** medición del cuerpo humano para determinar el nivel de nutrición de una persona o de un grupo de población (104).

**Factores de riesgo de obesidad:** Cualquier cosa que aumente el riesgo de contraer una enfermedad o afección se denomina factor de riesgo. La probabilidad de desarrollar obesidad aumenta con el número de factores de riesgo que tenga (105).

**Factores determinantes de la salud:** la combinación de elecciones de estilo de vida, biología humana, medio ambiente y tratamiento médico que afecta al estado de salud de un individuo o de una población (106).

**Hábitos alimentarios:** conjunto de hábitos desarrollados a través de la práctica en relación con la elección, preparación y consumo de alimentos. En su mayoría tienen que ver con los rasgos sociales, económicos y culturales de un determinado grupo de personas o zona (107).

**Educación para la salud:** Procedimientos de educación y aprendizaje continuos que apoyan la adquisición de conocimientos y la modificación de actitudes para fomentar acciones que promuevan la salud del individuo, la familia y la comunidad (108).

## **2.4 Hipótesis y variables**

### **Hipótesis general**

Hi, Existe asociación entre el conocimiento y la actitud frente a la obesidad, que tienen los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

### **Hipótesis específicas**

H1, Existe asociación entre el conocimiento según sus dimensiones y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

H2, Existe asociación entre el conocimiento y la actitud cognitiva de los adolescentes de educación secundaria del colegio San Pedro- Callao en el año 2019.

H3, Existe asociación entre el conocimiento y la actitud afectiva de los adolescentes de educación secundaria del colegio San Pedro- Callao en el año 2019.

H4, Existe asociación entre el conocimiento y la actitud comportamental de los adolescentes de educación secundaria del colegio San Pedro-Callao en el año 2019.



## Hipótesis nula

Ho, No existe asociación entre conocimiento y actitud frente a la obesidad que tiene los adolescentes de nivel secundario frente a la obesidad en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

### 2.5 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable	escala de Medición	Categorías/ Valores	Medio de Verificación
<b>SOCIO DEMOGRÁFICA</b>	Características generales de la población	Edad	Grupo etario	Cuantitativa	Numérica de razón	12-15 16-19	Cuestionario y Escala
		Sexo	Sexo biológico de pertenencia	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer	
		Grado de Instrucción	Año de curso escolar	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Superior	
<b>CONOCIMIENTO</b>	Respuestas producto del aprendizaje y experiencias frente a la obesidad	Conceptos básicos	Conocimiento sobre obesidad	Cualitativa dicotómica	Categórica ordinal	Alto bajo	Cuestionario de conocimiento sobre obesidad
		Conceptos alimentación	Conocimiento sobre tipo, frecuencia y calidad de alimento			Alto bajo	
		Conceptos actividad	Conocimiento sobre tipo			Alto bajo	

		d física	y tiempo de actividad física				
<b>ACTITUD</b>	Respuestas producto del aprendizaje y experiencias frente a la obesidad	Componente Cognitivo	Creencias sobre la obesidad	Cualitativa	Categórica ordinal	Positiva Neutra Negativa	Escala de Actitud tipo likert
		Componente Afectivo	Sentimientos hacia la obesidad			Positiva Neutra Negativa	
		Componente Conductual	Comportamiento frente a la obesidad			Positiva Neutra Negativa	

## MATRIZ APRIORÍSTICA

Categorías	Subcategorías	Códigos	Preguntas orientadoras
<b>C 1: conocimiento</b>	Básico	Como enfermedad Como sobrepeso Como acúmulo de grasa Desbalance entre el peso y talla	Me gustaría saber ¿Qué es para ustedes la obesidad? ¿Dónde recibieron la información?
		Colegio Familia	
	Causas	Hábitos alimenticios deficientes Falta de ejercicio físico Estilo de vida Publicidad	¿Cuáles son las causas de que las personas lleguen a ser obesas?
	Consecuencias	Presión alta Diabetes Problemas con las articulaciones Problemas respiratorios Efectos psicosociales	¿Qué consecuencia trae el tener obesidad?
<b>C 2: Actitud</b>	Creencias	La alimentación balanceada consiste en cantidades proporcionales de proteínas, verduras, frutas, carbohidratos Realizar ejercicios constantes evita la obesidad Comer carbohidratos y grasas engorda Comer frutas y verduras es lo más sano	¿Qué es lo que creen y saben de la alimentación y el ejercicio con relación a la obesidad?
	Preferencias	Comida de casa vs comida rápida- (fuera de casa) Alimentos ricos en Azúcar Lácteos-helado Vegetales y frutas Carnes rojas, embutidos Carne blanca, huevos, cereales	¿Qué es lo que más comen y cuanto ya sea en el colegio, en casa o la calle? ¿Por qué?
	Sentimientos	Preocupación Miedo	¿Como se sienten cuando comen comida

		Indiferencia Rechazo Disfrute	ya sea comida rápida/chatarra/saludable y cuando perciben que están subiendo de peso?
	Comportamiento	Comer saludable Seguimiento del peso Habitudo de ejercicio corporal Ejercicios realizados en la escuela Ejercicios realizados en el hogar	¿Qué hacen para mantener un peso saludable?
		Voluntad para probar y comenzar a ingerir alimentos nuevos  Voluntad para probar y comenzar a realizar ejercicios	¿Cómo actúan cuando sienten que suben de peso, o cuando quieren comer algo y saben que engorda?

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño

**Tipo:** El estudio abarcó el planteamiento metodológico del enfoque Mixto secuencial descriptivo (DEXPLIS) (CUAN o cual), que permite recopilar y analizar los datos cuantitativos, establecer asociaciones y probar las hipótesis, Los resultados cuantitativos serán complementados a través, de una segunda etapa cualitativa.

**Nivel de intervención:** Se precisa que es un estudio observacional, no experimental debido a que no se manipularon las variables.

**Alcance:** Como el estudio permite describir y establecer asociaciones entre las variables conocimiento y actitud tiene un alcance analítico, así mismo la vinculación entre variables que permite probar las hipótesis.

**Según el número de mediciones:** Estudio transversal porque se midió las variables de estudio una vez sin seguimiento. medida en una sola ocasión.

**Según el momento de la recolección de datos:** Es un estudio prospectivo porque se recolectó la información durante la ejecución del estudio. Secuencial porque se realizó en dos etapas. Iniciando con la recolección de datos cuantitativa en una primera etapa y luego la cualitativa.

#### 3.2 Diseño muestral

**Población universo:** Adolescentes estudiantes de educación secundaria del Colegio San Pedro Callao.

**Población de estudio:** Compuesta por 482 adolescentes estudiantes de educación secundaria entre 12 a 19 años del Colegio San Pedro Callao.

#### Tamaño de la muestra

Para la realización de las mediciones cuantitativas se realizó el cálculo del tamaño

de la muestra utilizando la expresión correspondiente al muestreo estratificado con afijación proporcional.

### Características

Estratificación por grado de instrucción (5 estratos).

Afijación proporcional, porque la cantidad de población en cada estrato es diferente.

Dentro de cada estrato se realiza el muestreo aleatorio simple sin reposición (SR), es decir un elemento solo puede aparecer una vez en la muestra

Tamaño de la población: 482

Tamaño total de la muestra: 214

P: Proporción de casos con la característica en estudio ( $p = q = 0,5$  para V. máxima, más fiabilidad)

Z = 1.96 para un Nivel de confianza de 95%

d=0.05

**Tabla 1.** Distribución de la población y la muestra por sección

Grado de Instrucción	Tamaño de la sección por sección	Tamaño de la muestra por sección	Proporción de unidades muestreadas
1.º Secundaria	112	50	44.6%
2.º Secundaria	90	40	44.4%
3.º Secundaria	112	50	44.6%
4.º Secundaria	92	41	44.6%
5.º Secundaria	76	33	43.4%

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{NE + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}$$

$$E = \frac{d^2}{Z_{1-\alpha/2}^2}$$

Para el tamaño de la muestra en cada estrato, se utilizó la siguiente fórmula.

$$n_i = n \left( \frac{N_i}{\sum_{i=1}^t N_i} \right) = n \left( \frac{N_i}{N} \right) = n(W_i)$$

### **Se adjunta**

Muestra piloto en SPSS, n=20.

Muestra principal en SPSS, n=214, con la ponderación de muestreo final.

### **Muestreo**

Como método de selección se utilizó el muestreo aleatorio simple sin reposición (SR), es decir un elemento sólo puede aparecer una vez en la muestra.

### **Criterios de selección**

#### **Inclusión**

Adolescentes estudiantes de 12 a 19 años.

#### **Exclusión**

Adolescentes estudiantes con cuestionarios incompletos.

**Fase cualitativa:** Se utilizó el muestreo de mapeo intencional, o propositivo, se seleccionaron 5 Adolescentes que representen a los estudiantes secundarios, se eligió 1 estudiante por año escolar que mostraran interés en el propósito de lograr una opinión amplia sobre las preguntas semiestructuradas que componían la encuesta.

### **3.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

Se siguió el procedimiento administrativo para obtener la aprobación del director de la institución educativa y avanzar con la implementación del estudio para tener acceso a los datos y realizar la investigación. Los datos fueron examinados a partir de encuestas que se realizaron en el año 2019 en la UGEL DRE del colegio secundario del Callao, 5050 San Pedro, en la localidad de Bellavista, en la región

Callao.

Tras la aceptación del campo, se solicitó la base de datos, detalles sobre el número de alumnos que componían el universo de análisis y la programación de los días, horas y horarios necesarios para la recogida de información. Se emplearon encuestas, instrumentos estructurados y la técnica de campo. Del enfoque mixto se tomó la técnica de la encuesta para obtener los datos cuantitativos del conocimiento y actitud de los estudiantes adolescentes, así como una entrevista para la obtención de la información cualitativa de las mismas variables.

Las encuestas se realizaron en el plazo de 15 días, 3 veces por semana en horas de tutoría. Todos los datos fueron anónimos y manejados únicamente por el investigador.

Posteriormente, una vez levantada y procesada la información cuantitativa se realizó la obtención de datos cualitativos a través de la entrevista grupal (focus group) por medio virtual (Zoom).

## **Instrumentos de recolección y medición de variables**

### **Instrumento cuantitativo**

Como se ha indicado en la sección anterior, el cuestionario de conocimientos para la prevención de la obesidad y la escala de actitudes para la obesidad representan la metodología de investigación cuantitativa primaria. Además, en la investigación cualitativa se han utilizado cuestionarios semiestructurados (guías de entrevista), realizados virtualmente en grupo mediante Zoom.

A continuación, se describen las herramientas de recogida de datos: El grado o nivel de conocimiento respecto a la prevención de la obesidad se mide con la primera herramienta, el cuestionario de conocimientos. Utilizando el juicio de expertos, Quispe E lo validó en 2014: médicos pediatras (3), enfermeras (3) y nutricionistas



(2). utilizando la prueba de correlación de Pearson con una concordancia de  $p < 0,05$  y la prueba binomial. aplicando la escala de fiabilidad Alfa de Crombach.  $\alpha = 0,5$  con un 93,5%.

Para garantizar su fiabilidad a efectos del presente estudio, se evaluó la coherencia interna del instrumento mediante el cálculo del coeficiente para evaluar el cuestionario. Se obtuvo un valor aceptable de 0,75 para el coeficiente alfa.

**Tabla 2.** Coeficiente Alfa obtenido con el cuestionario de Conocimientos sobre la Obesidad

Número de ítems	Coeficiente Alfa
16	0,747

El cuestionario de conocimientos consta de dieciséis preguntas, con cuatro respuestas posibles para cada una. Incluye dos preguntas generales sobre obesidad, nueve sobre conocimientos dietéticos y cinco sobre actividad física.

Existen dos clasificaciones o niveles de conocimiento: alto y bajo. Cuando el número total de respuestas estaba entre 1 y 11 puntos, se consideraba que tenía conocimientos bajos, y cuando estaba entre 11 y 16 puntos, se consideraba que tenía conocimientos altos.

La escala para medir las actitudes hacia la obesidad es la segunda herramienta. La escala fue creada por Gómez et al. y sus autores utilizaron el análisis factorial exploratorio para validarla en 2015. Se aplicó el método de componentes principales con rotación Varimax. El autor determinó la fiabilidad del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Alfa, que arrojó un resultado de 0,75. El cuestionario consta de catorce preguntas de tipo Likert. Tres dimensiones componen la escala: cuatro preguntas sobre el rechazo cognitivo-preferencial, seis preguntas sobre el desinterés afectivo-preocupacional y cuatro preguntas sobre la apatía conductual-

voluntaria.

Los puntos de corte para la lectura de la actitud hacia la obesidad son p<10 baja actitud, p10a p90 moderada actitud, p90 ap97 alta actitud, p97 muy alta actitud hacia la obesidad. Las opciones de respuesta de la escala de actitudes son a) Totalmente de acuerdo, b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo y c) Totalmente en desacuerdo. La escala tiene en cuenta las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. La opción 1 representa la actitud más pesimista, mientras que la opción 3 representa la más optimista. La puntuación total revela la perspectiva general del alumno adolescente sobre la obesidad. En el marco de este estudio, la escala también se sometió a una prueba Alfa de Cronbach. Las preguntas 12 y 13 fueron recodificadas debido a su correlación negativa, y las preguntas 11 y 14 vieron alterados sus cuatro significados. (3=1, 2=2 y 1=3). Se obtuvo un alfa de Cronbach aceptable de 0,78.

**Tabla 3.** Coeficiente Alfa de Cronbach para la Escala de Actitud a la Obesidad

Número de ítems	Coeficiente Alfa
14	0.78

### **Instrumento cualitativo**

Taylor y Bodgan<sup>105</sup> definen la investigación cualitativa como "...la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable". Así, desde un enfoque fenomenológico indaga acerca de la comprensión de algún fenómeno social a partir de la experiencia y percepciones de los individuos que son partícipes de su propia dinámica. Cuyos hallazgos propician el desarrollo de conceptos, intelecciones y análisis de datos, modelos, hipótesis y/o teorías.

La guía de entrevista semiestructurada, para la obtención de los datos cualitativos,

tuvo como base la tipología de los instrumentos cuantitativos, de donde se sacaron 2 categorías de análisis, las subcategorías y las preguntas orientadoras. El instrumento conformado por 8 preguntas orientadoras.

### **3.4 Procesamiento y análisis de datos**

#### **Primera etapa - Datos cuantitativos**

Utilizando el programa estadístico SPSS versión 22, primero ordenamos, limpiamos y codificamos los datos cuantitativos antes de aplicar el enfoque de método mixto al estudio. El proceso de análisis de datos se inició una vez depurados y procesados los datos. Verificar la relación entre las variables objeto de estudio fue el objetivo del análisis de datos, del que se derivaron recomendaciones y conclusiones.

Se utilizaron estadísticas descriptivas para analizar cada variable de forma independiente al inicio del proceso. Se calcularon frecuencias y porcentajes, que luego se convirtieron en tablas de frecuencias. Además, los resultados se presentaron mediante gráficos circulares.

Se crearon tablas cruzadas para el análisis bivariado y se calcularon frecuencias y porcentajes para examinar la relación entre las variables categóricas investigadas. Para comprobar la hipótesis se empleó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Se utilizó un nivel de significación de 0,05 para todas las pruebas estadísticas.

#### **Segunda etapa - Datos cualitativos**

El objetivo de incorporar esta perspectiva de investigación es conocer cómo perciben la obesidad los adolescentes de secundaria del IIEE San Pedro - 2019. Los datos que se desprenden de esta investigación se utilizan para apoyar, mejorar, aclarar y representar las principales conclusiones cuantitativas.

Las descripciones de conceptos e ideas procedentes de las experiencias vividas y la subjetividad de los participantes que se encuadran en las categorías de conocimientos y actitudes captadas por medios audiovisuales constituyen la base del análisis del discurso.

El tratamiento de los datos se realizó por etapas. Comenzamos con transcripciones literales de las declaraciones de cada participante, seguidas de un análisis del discurso de los datos derivado del método deductivo, es decir, de las categorías del estudio y las teorías existentes. Los códigos o patrones comunes encontrados en el discurso se utilizaron para interpretar las manifestaciones de los adolescentes.

### **3.5 Aspectos éticos**

De acuerdo con la Ley de Salud N° 26842, la recolección de datos para el presente estudio se realizó con el consentimiento informado de los estudiantes de 18 años, el director de la institución educativa, el director de la escuela y los tutores. A los padres se les pidió su consentimiento informado antes de iniciar la entrevista grupal.

No se recogió ninguna información personal, incluidos nombres, direcciones, números de teléfono, números de DNI, números de la seguridad social, etc. De este modo se garantiza la máxima privacidad y anonimato de los alumnos. Dado que no se modificaron variables y que el estudio sólo se centró en la recopilación de datos basados en las variables del estudio, se cree que plantea el menor riesgo para los adolescentes.

Sólo el investigador gestionó la base de datos creada a partir de los datos de la encuesta. Las conclusiones de la presente tesis serán útiles para las estadísticas nacionales y se entregarán a la institución para que pueda aplicar las estrategias adecuadas e intensificar los esfuerzos para concienciar a los adolescentes sobre la obesidad y sus actitudes al respecto, basándose en las conclusiones y recomendaciones.

## IV. RESULTADOS

Del total de estudiantes evaluados, 86% presenta un conocimiento bajo acerca de la obesidad Tabla 4. Por otro lado, 14% de los estudiantes presenta un conocimiento alto.

**Tabla 4.** Nivel de Conocimiento sobre la obesidad en adolescentes estudiantes de educación secundaria de la IIEE San Pedro 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento	n	%
Conocimiento bajo	184	86,0
Conocimiento alto	30	14,0
Total	214	100,0

Al analizar el conocimiento según sus dimensiones en la tabla 5, se observa que del 100 % de encuestados, el 59.8 % de adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro- Callao, en el año 2019, mostraron un conocimiento bajo sobre alimentación preventiva de la obesidad y el 40.2 % un conocimiento alto.

Complementariamente, en el desarrollo del grupo focal de acuerdo con las percepciones sobre la obesidad se encontraron testimonios con un patrón común el considerarla como producto de la acumulación de grasa corporal con relación a la edad y el peso de una persona, la minoría lo considera un problema de salud. Los testimonios indican al colegio y familia como principal fuente de información.

Extractos de sus expresiones

-Cuando una persona no tiene ideal peso, creo que se mide con la altura de la persona, sobrepasa y esta gorda. [...]lo sé por la familia tengo parientes que están padeciendo por eso. (E 01)

-Cuando una persona está muy gorda, según su edad y altura, [...] escuché algo en el colegio, pero más en mi familia, mi mamá. (E 05)

-Cuando una persona tiene excesiva grasa en el cuerpo, que no se debe de tener, [...] lo sé por el colegio y también en mi familia. (E 02)

-Cuando en el cuerpo de alguien existe más grasa o masa corporal según su edad y altura, lo hablan en mi familia a veces, si también lo poco en colegio. (E03)

Los testimonios sobre las causas de la obesidad están atribuidas a la alimentación no mencionan como causa explícita la falta de ejercicio. Un hallazgo importante es que incluyen como causa el aspecto psicológico y familiar subyacente.

-La causa principal es que coman mucho pero no solo eso, puede ser también sino haces ejercicio [...] es cuando comes grasa, en fruta no engoradas tanto. (E 01)

-[...]comemos bastante, no comemos la cantidad de comida que nos nutre, sino comida chatarra, y también por algo psicológico, de ansiedad que pueda ocasionar que la persona coma más. (E 02)

-No tener comunicación con la familia de lo que siente, o que tu familia no te de buena comida, el estar sentado, no cuidar tu cuerpo. (E 05)

-Creo que puede ser también por temas psicológicos, por traumas por ansiedad que puede causar en la persona que coma demás para que la alegre o algo así. Lo que podría causar sería un descontrol total respecto a lo que comemos. (E 03)

-El no comer comidas saludables que tengan nutrientes. (E 04)

Sobre cuestiones ligadas a las consecuencias, los entrevistados coinciden que la obesidad produce enfermedades y complicaciones diversas de salud, así como problemas de índole psicológico, baja autoestima, inseguridad y trastornos afines.

-[...]Produce un montón de enfermedades. Yo tengo abuelos, más que todo que sufren obesidad, que sufren de los riñones, corazón, uno tiene diabetes, Ahora que tiene la obesidad es más complicado bajar de peso. (E 01)

-Puede traer muchas enfermedades, como también cansancio, baja autoestima, inseguridad a muchas cosas, enfermedades. (E 02)

-Causaría muchas cosas en sí, tanto enfermedades como mentales, como, baja autoestima entre otras cosas. (E 03)

-Puede causar la diabetes, el colesterol alto, desorden en nuestro desarrollo, que

interrumpa ciertos ciclos que tengamos, [...] afecta psicológicamente, pues es un cambio, algo distinto que pasa en el cuerpo, puede traer baja autoestima, inseguridad. (E 05)

-Puede ocasionar, lo que más conozco por un familiar un paro cardiaco, la hipertensión y problemas psicológicos y autoestima. [...] Que te veas mal y te hace sentir mal. (E 04)

**Tabla 5.** Conocimiento según dimensiones de la obesidad en adolescentes estudiantes de educación secundaria de la IIEE San Pedro 2019

Dimensiones del conocimiento de obesidad	Bajo		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
Básico	30	14,0	184	86,0	214	100
Alimentación preventiva	128	59,8	86	40,2	214	100
Actividad física preventiva	52	24,3	162	75,7	214	100

En la tabla 6, se observa que del 100 % de estudiantes encuestados, el 79.9 % de adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro- Callao en el año 2019, tienen una actitud negativa frente a la obesidad; el 14 %, neutra y el 6.1 %, positiva. Así mismo, se observa (anexo 3) que la actitud positiva frente a la obesidad es mayor (13.5 %) en estudiantes de 12 a 15 años en comparación a los de 16 a 20 años (3.8 %).

**Tabla 6.** Actitud frente a la obesidad de adolescentes estudiantes de educación secundaria de la II.EE San Pedro año 2019

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
	n	%
Negativo	171	79,9
Neutro	30	14,0
Positivo	13	6,1
Total	214	100,0

Al analizar la escala de actitud según sus dimensiones tabla 7, se observa que los mayores porcentajes obtenidos por los estudiantes se encuentran en la actitud negativa frente a la obesidad. En la dimensión cognitiva, el 4.2 % de estudiantes obtuvieron una actitud positiva frente a la obesidad, mientras que, tanto en la dimensión afectiva como en la comportamental este porcentaje se elevó a un 23.8 % y 25.7 %, respectivamente.

**Tabla 7.** Dimensiones de la escala de Actitud sobre la obesidad en adolescentes estudiantes de educación secundaria de la IIEE San Pedro año 2019

Dimensiones de Actitud	Positiva		Neutra		Negativa	
	n	%	n	%	n	%
Cognitiva	9	4.2	36	16.8	169	79
Afectiva	51	23.8	76	35.5	87	40.7
Comportamental	55	25,7	82	38,3	77	36

Según la tabla 8, se puede afirmar que del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario que tienen un conocimiento bajo de la obesidad, el 63.3 % presenta una actitud negativa; mientras que el 20.0 %, neutra y el 16.7 %, una positiva frente a la obesidad. Los estudiantes que tienen un conocimiento alto de la obesidad, el 82.6 % presenta una actitud negativa; mientras que el 13.0 %, una neutra y el 4.3 %, positiva frente a la obesidad.



**Tabla 8.** Contingencia del conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad

		Actitud frente a la obesidad				
		Negativo	Neutro	Positivo	Total	
Conocimiento básico	Conocimiento bajo	Frecuencia	19	6	5	30
		%	63,3%	20,0%	16,7%	100,0%
	Conocimiento alto	Frecuencia	152	24	8	184
		%	82,6%	13,0%	4,3%	100,0%
Total		Frecuencia	171	30	13	214
		%	79,9%	14,0%	6,1%	100,0%

Según la tabla 9, se puede afirmar que del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento bajo de alimentación preventiva de la obesidad, el 86.7 % presentan una actitud negativa; mientras que el 9.4 %, neutra y el 3.9 %, positiva frente a la obesidad. Del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento alto de alimentación preventiva de la obesidad, el 69.8 % presentan una actitud negativa; mientras que el 20.9 %, una neutra y el 9.3 %, positiva frente a la obesidad.

Complementariamente a estas asociaciones en el grupo focal se confirma el conocimiento y la actitud negativa frente a la alimentación preventiva. Así, el consumo de comida “chatarra” está ligada al disfrute con relación a su sabor y preferentemente en un contexto externo al doméstico, además, se percibe a la comida preparada en la calle como no saludable y a la comida preparada en casa como saludable; mostrando preferencia por la comida preparada en la calle.

-Haber, comida rápida sentía una satisfacción, es muy rica, en mi casa siempre cocinan lo mismo menestras, las ensaladas no nos gustan, que se hace, pero la comida rápida es rica, es un gusto, no es lo mismo. (E 01)

-Es que no es igual, comida de casa es todos los días, estas acostumbrada al sabor,

aunque siempre comes tallarines, arroz, guiso no tanto ensaladas, las verduras crudas dan rechazo. Cuando comes comida rápida, estas en tu gloria, si tal vez mas grasosa pero la disfrutas, es muy rica. (E 02)

-Uno disfruta cuando comes fuera de casa, es diferente, comer fuera de casa algo chatarra se siente no saludable pero rico, en casa puede ser un poco más saludable, pero es mejor en la calle. (E 05)

Aunque también se encontraron reducidos testimonios que no asignan una diferencia sustantiva entre comida de calle o comida de casa, y lo que podría ser determinante es el tipo de insumos usados en la preparación.

-Cuando como comida rápida siento que me engorda más, cuando como comida en casa también, porque pienso que peso más y más. La comida preparada en casa siento que engorda cuando cocinan muchos guisos y aceite. (E 03)

-Creo que me da igual, cuando como comida en casa me siento bien, porque pienso que está rico y sano, pero en la calle también. (E 04)

**Tabla 9.** Contingencia del conocimiento de alimentación preventiva de la obesidad y actitud frente a la obesidad

Actitud frente a la obesidad			Negativo	Neutro	Positivo	Total
Conocimiento de alimentación preventiva de la obesidad	Conocimiento bajo	Frecuencia	111	12	5	128
		%	86,7%	9,4%	3,9%	100,0%
	Conocimiento alto	Frecuencia	60	18	8	86
		%	69,8%	20,9%	9,3%	100,0%
Total		Frecuencia	171	30	13	214
		%	79,9%	14,0%	6,1%	100,0%

De acuerdo a la tabla 10, se afirma que del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento bajo de actividad física preventiva de la obesidad, el 67.3 % presentan una actitud negativa; mientras que el 21.2 %, neutra y el 11.5 %, positiva frente a la obesidad. Del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento alto de actividad física preventiva de la obesidad, el 84.0 % presentan una actitud negativa; mientras que el 11.7 %, neutra y el 4.3 %, positiva frente a la obesidad.

Complementariamente y en relación con estas asociaciones desde lo cualitativo se identifica un patrón relacionado a la falta de seguimiento del peso y el no realizar ejercicio físico como medida preventiva ligadas al desinterés “flojera”.

-[...] Bueno, no suelo tomarme el peso, pero referente a la última vez estaba normal, no me sentí inconforme. [...]Hago ejercicio, tengo un balance. (E 04)

-No me peso tanto para qué [...] sé que el peso que tengo no es el que debo tener quiero hacer ejercicios, un poco difícil, en la casa no da ganas tendría que ir a un gimnasio. (E 02)

-[...] Trato de llevar una vida saludable pero luego veo que no funciona lo que hago. quiero hacer ejercicios pero que flojera, me animo y desanimo. (E 05)

- [...]Sinceramente ahorita no (hago ejercicio), normalmente en el colegio hacía dos horas de danza, ahorita estoy durmiendo hasta tarde, paro con mi celular, [...] No sé hacer ejercicios, [...] nada, da flojera. (E 01)

-Bueno, yo nunca hago ejercicio no hago ningún deporte, danza, nada, quisiera, sí pero no hago, no he tenido la oportunidad. [...]no hago, en el colegio ahora no se hacen deportes por la pandemia [...] (E 03)

**Tabla 10.** Contingencia del conocimiento de actividad física preventiva de la obesidad vs actitud frente a la obesidad

Actitud frente a la obesidad			Negativo	Neutro	Positivo	Total
Conocimiento de actividad física preventiva de la obesidad	Conocimiento bajo	Frecuencia	35	11	6	52
		%	67,3%	21,2%	11,5%	100,0%
Conocimiento alto	Conocimiento alto	Frecuencia	136	19	7	162
		%	84,0%	11,7%	4,3%	100,0%
Total		Frecuencia	171	30	13	214
		%	79,9%	14,0%	6,1%	100,0%

En la tabla 11, se puede afirmar que del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento bajo de la obesidad, el 82.1 % presentan una actitud cognitiva negativa; mientras que el 13.6 % tienen una actitud neutra y el 4.3 %, positiva frente a la obesidad. Del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento alto de actividad física preventiva de la obesidad, el 60 % presentan una actitud negativa frente a la obesidad, mientras que el 36.7 %, una actitud neutra y el 3.3 %, una positiva frente a la obesidad.

Complementariamente en estrecha relación a estas asociaciones, los testimonios cualitativos muestran como las creencias subyacen a una actitud cognitiva de la alimentación vinculada al exceso y cantidad de comida, la importancia de la actividad física y el ejercicio, como una práctica saludable que previene otros problemas de salud, como el que contribuye al bienestar mental y al cuidado estético corporal, manifestaciones fundamentadas en ideas simples e incompletas sobre el conocimiento objetivo de lo que es alimentación y ejercicio saludable para prevenir la obesidad.

-Haber [...] la comida en exceso es dañina, tomar bastante agua ayuda a bajar de peso. Hacer ejercicios te ayuda a desarrollarte, también fortalece la disciplina para tu vida en general. También, es bueno hacer ejercicio para estar en buena forma.  
(E 01)

-Se debe de comer bien, si comes mucha fruta no engorda tanto es cuando comes grasa, en fruta no engoradas tanto. Los ejercicios podrían ayudar a tener buen físico, te aleja de enfermedades. (E 02)

-[...]comer saludable es no comer mucho, que tu familia no te de buena comida, , pero si comes verduras bastante no te engordas. El ejercicio es bueno para el cuerpo nos ayuda muchísimo, es bueno para el cuerpo, ayuda a estar en buena forma y para las enfermedades. (E 05)

-El ejercicio es importante para todos en general por el mismo hecho que nos va a ayudar a tener paz mental, salud física para poder vivir más tiempo. En caso de tener obesidad ayudara por el hecho de disminuir eso. (E 04)

En contraste, solo un testimonio afirma una creencia positiva sobre las características de la comida y el ejercicio saludable:

-Yo creo que se debe comer poco de todo que tenga nutrientes, vitaminas, proteínas y sano, se debe de tomar agua, hacer ejercicios. (E 04)

**Tabla 11.** Contingencia de conocimiento y actitud cognitiva frente a la obesidad

Actitud cognitiva			Negativo	Neutro	Positivo	Total
Conocimiento	Conocimiento bajo	Frecuencia	151	25	8	184
		%	82,1%	13,6%	4,3%	100,0%
	Conocimiento alto	Frecuencia	18	11	1	30
		%	60,0%	36,7%	3,3%	100,0%
Total		Frecuencia	169	36	9	214
		%	79,0%	16,8%	4,2%	100,0%

En la tabla 12, se puede afirmar que del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario que tienen un conocimiento bajo de la obesidad, el 37.7 % presentan una actitud afectiva negativa, mientras que el 37.2 % tienen una actitud afectiva neutra y el 25.1 %, positiva frente a la obesidad. Del 100% de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento alto de la obesidad, el 65.2 % presentan una actitud afectiva negativa; mientras que el 21.7 %, afectiva

neutra y el 13 %, afectiva positiva frente a la obesidad.

Los testimonios del grupo focal complementan estas asociaciones. A sí, el consumo de comidas está liadas a las preferencias, gustos y satisfacción por el sabor de lo que comen en el hogar y la escuela. Existe un patrón por la preferencia de comidas ricas en azúcares y carbohidratos.

-Mi top de comidas, tallarines a la huancaína con lomo, arroz con pollo con huancaína, tallarines verdes con churrasco, y un ceviche, una pizza; porque le da un sabor especial me gustan los sabores de esas comidas los disfruto cuando las como. [...] en el colegio un dulce, un mango, variadito. (E 05)

-Me gusta todo como en todos lados [...] Lomo saltado, tallarines verdes con bistec, chupe de Camarones, ceviche, No sé ya, hamburguesa. Porque no sé son unos gustos ricos y me gustan. [...] en el colegio podría ser un chocolate o algo dulce, pero no tengo mucho en mi casa, no es que tenga un almacén. (E 01)

-Lasagna, espagueti con carne molida, pizza, chocolate, ravioles. Me encanta la pasta, y el dulce porque amo el dulce, amo las pastas en el colegio sería chocolate, no tengo un estante ya quisiera [...] en sí compro, mucho. (E 03)

-[...] amo la pasta son mis favoritas. Tallarines rojos, verdes, suchi maquis. Pie de manzana, de fresa amo los pies. Hamburguesas las de bembos. [...] cuando las como, me siento libre de comer algo que me gusta satisfacer eso, [...] en el colegio un chocolate, algo dulce no en específico, pude ser un caramelo, pero un dulce. (E 02)

Se encontró un testimonio con preferencia hacia lo saludable en la casa y la escuela

-Como más verduras, ensaladas, el pollo, pescado, palta, pechuga de pollo porque tiene proteína s vitaminas y grasas saludables, en el colegio pan, leche, quaker, fruta. (E 04)

La confirmación de subida de peso produce, en el sujeto, sentimientos negativos como culpa, frustración y baja autoestima.

-Cuando como siento que mi barriga crece, me siento culpable, me arrepiento. (E 01)

-Me resondraría, sentiría culpa porque he comido mucho. (E 04)

-Cuando subo de peso me siento horrible, me da pánico, me da nervios, me da ansiedad. (E 05)

-Es una tortura saber que subes de peso, es terrible, los demás te ven mal. (E 03)

**Tabla 12.** Contingencia de conocimiento y actitud afectiva

Actitud afectiva			Negativo	Neutro	Positivo	Total
Conocimiento	Conocimiento bajo	Frecuencia	72	71	48	191
		%	37,7%	37,2%	25,1%	100,0%
	Conocimiento alto	Frecuencia	15	5	3	23
		%	65,2%	21,7%	13,0%	100,0%
Total	Frecuencia		87	76	51	214
	%		40,7%	35,5%	23,8%	100,0%

Según la tabla 13, se puede afirmar que del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario que tienen un conocimiento bajo de la obesidad, el 33.7 % presentan una actitud comportamental negativa; mientras que el 57.1 %, una actitud comportamental neutra y el 9.2 %, positiva frente a la obesidad. Del 100 % de adolescentes estudiantes de nivel secundario, que tienen un conocimiento alto de la obesidad, el 26.7 % presentan una actitud comportamental negativa frente a la obesidad; mientras que el 60.0 %, comportamental neutra y el 13.3 %, positiva frente a la obesidad.

Complementariamente a estas asociaciones en el grupo focal se encuentran expresiones que las confirman cuando se les pregunta que es lo que hacen cuando perciben que suben de peso, o cuando quieren comer algo que saben que no es saludable se encuentra un patrón vinculado al desinterés, Estas respuestas obedecen a parámetros que subyacen a percepciones y preferencias mediadas por

la voluntad.

- [...] ya disfruté la comida, me creció la pancita y me di la gana, después haré ejercicio, pero no lo hago. Pero, sí me doy mis antojos ya fue. (E 01)

- [...] me resondro. porque he comido mucho, pero luego pienso ya fue...haré ejercicios. (E 02)

-Si se me antoja mucho, a ver si voy a salir a algún lado esos días lo pienso me va a salir un granito, voy a subir de peso etc. Pero si no voy a salir me lo como. (E 03)

-Creo sinceramente a nuestra edad creo que no nos interesa mucho, pero en mi caso cuando me dicen has subido de peso entonces no como nada, se lo doy al perro, en mi caso no como nada y bailo, bailo, bailo me psicoseo. (E 05)

Cuando se les pregunta que es lo que hacen para mantener un peso saludable los testimonios los testimonios repiten un patrón de ejercicio limitado, debido a la predilección por el uso de las redes sociales.

-Sinceramente ahorita no hago ejercicio, ahorita estoy durmiendo hasta tarde, ahora las redes te jalan, puedes estar horas fácil. (E 01)

-Para ser exacto, ahora no hago ejercicio, estaba en danza, hacia ejercicio en danza 03 horas. Ahora estoy en mis redes duro, (risas) capaz seis u ocho horas diarias. (E 02)

-Bueno, yo nunca hago ejercicio no hago ningún deporte nada, quisiera, sí pero no hago, no he tenido la oportunidad, el tiempo que paro con mi celular es bastante, horas no sé cuánto (risas). (E 03)

-Trato de hacer ejercicios, me gusta, no he tenido la oportunidad de hacer mucho, también me interés las redes sociales, ahora a todos. (E 04)

En contraste a lo señalado, solo se encontró un testimonio que vincula la dedicación a redes sociales como una posible actividad física

-En mi caso, creo que todo el día trato de estar activa, ejercicios como tal no, pero estoy en movimiento, el fin de semana practico baile, en redes pongo en YouTube y me pongo a bailar, si grabar TikToK cuenta, entonces si hago ejercicio. (E 05)



**Tabla 13.** Contingencia de conocimiento y actitud comportamental

Actitud comportamental			Negativo	Neutro	Positivo	Total
Conocimiento	Bajo	Frecuencia	62	105	17	184
		%	33,7%	57,1%	9,2%	100,0%
	Alto	Frecuencia	8	18	4	30
		%	26,7%	60,0%	13,3%	100,0%
Total	Frecuencia	70	123	21	214	
	%	32,7%	57,5%	9,8%	100,0%	

### **Contrastación de hipótesis**

#### **Contrastación de la hipótesis general**

Hi: Existe asociación entre el conocimiento y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro-Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

En la tabla 14 en lo referente a la asociación entre el conocimiento y la actitud frente a la obesidad. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $\chi^2 = 6.165; p = 0.046$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Se concluye que si existe asociación entre el conocimiento y la actitud frente a la obesidad, que tienen los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

**Tabla 14.** Significancia y correlación entre el conocimiento y actitud sobre la obesidad en adolescentes estudiantes de educación secundaria de la IIEE San Pedro 2019

**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,165 <sup>a</sup>	2	,046
Razón de verosimilitud	6,460	2	,040
Asociación lineal por lineal	6,096	1	,014
N de casos válidos	214		

**Contrastación de la hipótesis específica 1**

H1: Existe asociación entre el conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

En la tabla 15, en lo referente a la asociación entre el conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $\chi^2 = 8.533; p = 0.014$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Se concluye que sí existe asociación entre el conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad, que tienen los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

**Tabla 15.** Prueba de chi-cuadrado hipótesis específica 1

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,533 <sup>a</sup>	2	,014
Razón de verosimilitud	6,822	2	,033
Asociación lineal por lineal	8,143	1	,004
N de casos válidos	214		

### **Contrastación de hipótesis específica 2**

H2: Existe asociación entre el conocimiento de alimentación preventiva de la obesidad y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento de alimentación preventiva de la obesidad y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

En la tabla 16, en lo referente a la asociación entre el conocimiento de alimentación preventiva y la actitud frente a la obesidad, se halló una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $\chi^2 = 9.215; p = 0.010$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Se concluye que si existe asociación entre el conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad, que tienen los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

**Tabla 16.** Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 2

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,215	2	,010
Razón de verosimilitud	9,054	2	,011
Asociación lineal por lineal	8,125	1	,004
N de casos válidos	214		

### **Contrastación de hipótesis específica 3**

H3: Existe asociación entre el conocimiento de actividad física preventiva de la obesidad y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento de actividad física preventiva de la obesidad y la actitud frente a la obesidad, que tiene los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

En la tabla 17, en lo referente a la asociación entre el conocimiento de actividad física preventiva y la actitud frente a la obesidad, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $x^2 = 7,235; p = 0.027$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Se concluye que si existe asociación entre el conocimiento de actividad física preventiva y la actitud frente a la obesidad, que tienen los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

**Tabla 17.** Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 3

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,235 <sup>a</sup>	2	,027
Razón de verosimilitud	6,620	2	,037
Asociación lineal por lineal	7,088	1	,008
N de casos válidos	214		

#### **Contrastación de hipótesis específica 4**

H4: Existe asociación entre el conocimiento y la actitud cognitiva de los adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento y la actitud cognitiva de los adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

En lo referente a la asociación entre el conocimiento y la actitud cognitiva frente a la obesidad, en la tabla 18, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $\chi^2 = 9.821; p = 0.07$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Se concluye que si existe asociación entre el conocimiento básico y la actitud frente a la obesidad, que tienen los adolescentes de nivel secundario en el colegio San Pedro -Callao en el año 2019.

**Tabla 18.** Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 4

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,821 <sup>a</sup>	2	,007
Razón de verosimilitud	8,241	2	,016
Asociación lineal por lineal	4,171	1	,041
N de casos válidos	214		

### **Contrastación de hipótesis específica 5**

H5: Existe asociación entre el conocimiento y la actitud afectiva de los adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento y la actitud afectiva de los adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

En lo referente a la asociación entre el conocimiento y la actitud afectiva frente a la obesidad, se halló una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $\chi^2 = 6,460$ ;  $p = 0.040$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ .

En la tabla 19, se concluye que si existe asociación entre el conocimiento y la actitud afectiva frente a la obesidad.

**Tabla 19.** Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 5

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,460 <sup>a</sup>	2	,040
Razón de verosimilitud	6,354	2	,042
Asociación lineal por lineal	5,199	1	,023
N de casos válidos	214		

### **Contrastación de hipótesis específica 6**

H6: Existe asociación entre el conocimiento y la actitud comportamental de los adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

Ho: No existe asociación entre el conocimiento y la actitud comportamental de los adolescentes estudiantes de educación secundaria del colegio San Pedro - Callao en el año 2019.

En la tabla 20, en lo referente a la asociación entre el conocimiento y la actitud comportamental frente a la obesidad, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $x^2 = 0,869; p = 0.648$ ) a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Se concluye que no existe asociación entre el conocimiento y la actitud comportamental frente a la obesidad.

**Tabla 20.** Prueba de Chi-cuadrado hipótesis específica 6

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,869	2	,648
Razón de verosimilitud	,853	2	,653
Asociación lineal por lineal	,852	1	,356
N de casos válidos	214		



## V. DISCUSIÓN

Tanto los profesionales sanitarios como los adolescentes están profundamente preocupados por las implicaciones sanitarias de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El objetivo del presente estudio fue investigar la relación entre el conocimiento y la actitud hacia la obesidad en estudiantes adolescentes, utilizando un enfoque mixto para proporcionar datos interesantes para una mejor comprensión del conocimiento y la actitud de los adolescentes hacia la obesidad. Las referencias teóricas permiten explicar los datos observados.

Según el estudio, el 85 % de los alumnos de secundaria de 1º a 5º curso tenían un bajo nivel de conocimientos sobre la obesidad, mientras que al menos un pequeño porcentaje tenía un alto nivel de conocimientos. Estos resultados coinciden con los de Thaher L. et al. Marina A., Mohammed A. y otros. Según Portocarrero D. et al., Rojas Vilcatoma, Mariel Giovanna, el 95 % y el 45,4 %, respectivamente, de los encuestados tenían escasos conocimientos sobre la obesidad. Abosedo O. y Adebimpe W. y Pajuelo Rivas, S., et al. encontraron un nivel adecuado de conocimientos sobre la obesidad en el 61,1 %, 58,2 %, 76,1 %, y 50,6 %, 61 %, respectivamente, en contraste con los resultados de Sánchez Tacuche, que encontró un 81,3 % de conocimientos elevados. Los datos cualitativos sugieren que la interiorización por parte de los estudiantes de la obesidad como enfermedad de riesgo no se ha visto influida por la información que se les enseñó en la escuela; apenas comprenden la importancia de una dieta sana y del ejercicio regular como medidas preventivas. Un descubrimiento significativo es que relacionan la familia y los problemas psicológicos subyacentes con la obesidad, donde afirma que "no comunicarse con la familia sobre lo que sienten" es la causa fundamental. Como el que entre las consecuencias enfatizan sobre los problemas de salud problemas de índole psicológico, baja autoestima e inseguridad. Resultados que resaltan la urgencia de una mayor intervención desde la escuela desde la etapa escolar, que

involucre más a la familia como lo sostiene Gosling, J la adquisición de conocimientos en salud es importante debido a que la comprensión de la información es muy importante para tomar buenas decisiones y evitar enfermedades, y tener estilos de vida saludables, modificar los hábitos alimentarios tan firmemente arraigados en las personas, por la tradición y por la misma familia, contemplando las limitaciones del contexto social, económico y político.

Al analizar los resultados de las actitudes, se observa en los estudiantes el predominio de una actitud negativa frente a la obesidad, hallazgos que difieren con el estudio de Rivas P, quien encuentra un 87,8% de actitudes favorables, así mismo a los de Abosedo O., Gaslac Huamán, Jackeline Lizbeth, G., et.al quienes encontraron un 53.1 % ,75 %, respectivamente, de estudiantes con actitud moderada. Opuestos a los de Secundino de Hoyos, Ana, quien encontró una actitud global indiferente o neutra, de los adolescentes hacia la obesidad, en el componente cognitivo encontraron una actitud negativa, en el componente afectivo y conductual observaron una tendencia hacia la indiferencia. La información cualitativa aporta elementos para considerar que las actitudes de los adolescentes dependen de factores personales; entre ellos, las preferencias ligadas y al gusto al disfrute, el mayor consumo de azúcares, grasa y carbohidratos, preferentemente en un contexto externo al doméstico. Concita interés la clara tendencia de los estudiantes a las redes sociales constituyéndose en factor de riesgo frente a su estilo de vida y prevención de la enfermedad. Partiendo de que las actitudes son adquiridas, producto del proceso de socialización, sensible de ser fomentadas, incluso cambiadas (87), y de acuerdo a Richa,S. al abordar los aspectos psicoeducativos en la obesidad en la infancia-adolescencia, se sabe que es el núcleo familiar el encargado de regular las conductas de los hijos, se infiere, que desde el ámbito contextual de desarrollo de los adolescentes colegio y hogar no se fomenta en forma adecuada normas y patrones favorables para la prevención de la obesidad , lo que devendría en la necesidad de profundizar el estudio con la familia.

Al análisis de las actitudes, según dimensiones en el estudio se encuentra, en la

dimensión “cognitiva” solo el 4.2 % de estudiantes con actitud “Positiva” frente a la obesidad, mientras que, tanto en la dimensión “Afectiva” como en la “Comportamental” este porcentaje se elevó a un 23.8 % y 25.7 % respectivamente. Resultados similares a los de Suhail N. et al., quienes encontraron una débil actitud de los estudiantes y un mínimo porcentaje con actitud positiva frente al ejercicio físico como forma de hábito saludable frente a la obesidad y al de Seong A. et al. y Marina A. et al., quienes más bien encontraron una actitud negativa, tanto en los hábitos alimenticios, como en la actividad física.

Las diferencias de la edad en relación a la actitud han dado como resultado que el grupo de estudiantes con edades de 12 a 15 años presenta un ligero porcentaje mayor (13.5 %) de actitud positiva frente a los estudiantes de 16 a 20 donde el porcentaje es menor (3.8 %) (ver anexo). Sin embargo, esta diferencia no alcanza valores significativos 0.430. a diferencia de los hallazgos de Vizoso, et al., quienes encontraron que la edad se relaciona de forma negativa y significativa con la voluntad hacia la obesidad. La evidencia cualitativa en la investigación tampoco le otorga diferencia según edades. Resultados explicados por lo expuesto en la teoría de la acción razonada, que sostiene, que las variables externas, influyen solo de modo indirecto en la conducta de las personas. En el estudio las creencias de los estudiantes no están fundamentadas bajo el conocimiento objetivo de lo que es alimentación y ejercicio saludable. Estos hallazgos pueden estar explicados por lo postulado por Eagly.Y, el sistema de creencias que se tienen sobre el objeto actitudinal. Las personas carecen de creencias sobre un objeto en particular si el contacto o la experiencia con el mismo es mínimo o nulo.

Respecto a la asociación entre el conocimiento de la obesidad y la actitud cognitiva y afectiva que tienen los estudiantes, los resultados revelaron que sí existe una asociación entre estas variables 0.046, 0.023, cuando los estudiantes presentan un bajo nivel de conocimiento acerca de la obesidad, presentan una actitud cognitiva y afectiva negativa hacia la obesidad. Los resultados de la investigación encuentran explicación en lo postulado por Fishbein A.y Rodríguez quienes demuestran que el

hombre actúa razonablemente de acuerdo con la información que obtenga, al resultado de las creencias que poseen en relación con el objeto. La evidencia cualitativa confirma esta asociación llama la atención sobre las expresiones ambivalentes utilizadas por algunos de ellos, es malo, pero es un gusto se disfruta”. mediado por la falta de voluntad y desinterés para generar cambios en su conducta preventiva con afirmaciones como “da flojera” también encuentran explicación en lo descrito por Fishbein y Ajzen<sup>87</sup>, en la manera como los estudiantes perciben y evalúan las posibles consecuencias de una conducta realizada. Como al que, de acuerdo a Vargas, Luz, 92 la vivencia subjetiva de la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social. Actitudes que los convierte en más proclives a desencadenar enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta.

En el estudio, se rechaza la hipótesis nula, donde se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes frente a la obesidad ( $p = 0.046$ ) a un nivel de significancia de 0.05. similares a los de Sanchez ( $P=0.05 \leq 1.53$ ). Resultados que permiten predecir que, si se induce al incremento de conocimientos de los estudiantes sobre la obesidad y sus riesgos, se esperaría que se produzca un cambio de actitud favorable frente al cuidado de esta.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se ha demostrado que existe relación significativa ( $\chi^2 = 6.165; p = 0.046$ ) entre el conocimiento y las actitudes de los estudiantes frente a la obesidad.
2. Según las conclusiones, el 86% de los estudiantes adolescentes de secundaria no saben mucho sobre la obesidad. Aunque hablaron de algunos aspectos de la obesidad, la mayoría no considera la obesidad como una enfermedad, sino como la acumulación de grasa en relación con la edad y la estatura. Aunque el ejercicio no se reconoce específicamente como una causa, se cree que comer demasiado y en exceso es una causa prioritaria. Las consecuencias de la obesidad incluyen una serie de enfermedades, haciendo hincapié en los aspectos psicológicos y familiares subyacentes.
3. Los resultados cuantitativos indican que el 86,7% de los adolescentes tienen una actitud negativa hacia la obesidad y escasos conocimientos sobre nutrición preventiva. Las actitudes de los adolescentes hacia la comida resultaron contradictorias según sus observaciones subjetivas. Aunque creen que la comida cocinada en casa es más sana que la de la calle, también indicaron que preferían la comida de la calle porque era más agradable que deliciosa.
4. Los resultados cuantitativos indican que el 67,3% de los adolescentes de secundaria que desconocen la actividad física preventiva tienen una visión pesimista. Cualitativamente se discierne un patrón relativo a la ausencia de seguimiento del peso y de inactividad física como estrategia profiláctica asociada a un desinterés por la "pereza".
5. Los resultados cuantitativos permiten afirmar que el 79.9% de adolescentes estudiantes de educación secundaria tienen una actitud negativa frente a la obesidad.

6. Los resultados cuantitativos encontraron relación ( $\chi^2 = 9.821; p = 0.07$ ) entre el conocimiento y la actitud cognitiva de los adolescentes de nivel secundario. Cualitativamente subyacen a una actitud cognitiva de la alimentación vinculada al exceso y cantidad de comida, la importancia de la actividad física y el ejercicio, como una práctica saludable que previene otros problemas de salud, como el que contribuye al bienestar mental y al cuidado estético corporal.

7. Los resultados cuantitativos encontraron asociación significativa ( $\chi^2 = 6,460; p = 0.040$ ) entre el conocimiento y la actitud afectiva de los adolescentes estudiantes. Cualitativamente la alimentación está ligada a las preferencias gustos y disfrute de lo que comen en el hogar y la escuela, preferencias de alimentos ricos en azúcares y carbohidratos. La confirmación de subida de peso produce en algunos estudiantes sentimientos negativos como culpa, frustración y baja autoestima.

8. Los resultados cuantitativos demuestran que no existe relación  $\chi^2 = 0,869; p = 0.648$  entre el conocimiento y la actitud comportamental de los adolescentes de nivel secundario. Cualitativamente el comportamiento de los estudiantes obedece a parámetros que subyacen a la inconsistencia entre la percepción de la alimentación y el ejercicio saludable con acciones y preferencias mediadas por la voluntad. Repiten un patrón de ejercicio limitado, debido a la predilección por el uso de las redes sociales.

## VII. RECOMENDACIONES

1. A partir del análisis de los resultados se sugiere las siguientes recomendaciones:
2. Se aconseja que las autoridades estudien y evalúen programas destinados a aumentar la comprensión de los estudiantes sobre la obesidad como enfermedad, con el fin de cambiar sus actitudes y reducir los riesgos para la salud. Esto se debe a que el conocimiento está vinculado a la actitud.
3. Dada la correlación entre obesidad y actividad física y nutrición preventivas, es aconsejable emplear estrategias educativas mixtas innovadoras para promover estos comportamientos y cambiar las actitudes negativas hacia la obesidad por otras positivas.
4. Colaborar con el departamento de psicología para realizar tutorías basadas en las conclusiones del estudio para promover la coherencia en los conocimientos y las actitudes cognitivas, afectivas y conductuales hacia la obesidad.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Obesidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1)
2. Lobstein T. Baur L. Uauy R. IASO International Obesity Task Force: Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev.* 2004; 1(Suppl): 4-104.
3. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016 | FAO | [Internet]. 2016[citado el 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>.
4. Lean M. Lara J. Hill JO. Strategies for preventing obesity. *BMJ* 2006; 333: 959-62.
5. Londres: OMS; 2017 actualizado 11 de octubre del 2017; citado 4 de diciembre del 2019. Disponible en: [who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who](https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who)
6. García-Rodríguez J., García-Fariñas A., Rodríguez-León G., Gálvez-González A., Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2010;16(1):891-896. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442006>
7. García-Rodríguez J., García-Fariñas A., Rodríguez-León G., Gálvez-González A., Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2010;16(1):891-896. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442006>
8. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos de América, Universidad de Washington Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. : OPS; 2017.
9. Lyssiotis CA. Cantley LC. Metabolic syndrome: F stands for fructose and fat [en línea]. *Nature* 2013 Oct 10; 502:181-182 [consultado el 26 de febrero del 2014].



Se puede encontrar en:  
<http://www.nature.com/nature/journal/v502/n7470/full/502181a.html>.

10. Stanhope K. et al. Consuming fructose-sweetened, not glucose-sweetened, beverages increases visceral adiposity and lipids and decreases insulin sensitivity in overweight/obese humans [Internet]. *J. Clin. Invest* 2009 May;119(5):1322–1334 [consultado el 28 de abril del 2014]. Se puede encontrar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19381015>.

11. Mozaffarian D. Ludwig D. Dietary guidelines in the 21st century—a time for food (commentary). *J Am Med Assoc* 2010;304(6):681-682.

12. <https://peru21.pe/peru/peru-pais-america-obesidad-infantil-crecio-rapido-informe-399856-noticia/> Actualizado el 17/03/2018 a las 06:50

13. INEI: aumenta el número de peruanos con sobrepeso y obesidad <https://elcomercio.pe/peru/inei-aumenta-numero-peruanos-sobrepeso-obesidad-noticia-637427-noticia/>

14. INEI: aumenta el número de peruanos con sobrepeso y obesidad <https://elcomercio.pe/peru/inei-aumenta-numero-peruanos-sobrepeso-obesidad-noticia-637427-noticia/>

15. Prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad en escolares peruanos del nivel primario Prevalence and factors associated with overweight and obesity in Peruvian primary school children Carolina Tarqui-Mamani Doris Alvarez-Dongo Paula Espinoza-Oriundo

16. MINSA. Tacna es la región con mayores casos de sobrepeso. [Internet]. [Gob.pe.MINSA. 14 de junio del 2019. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29457-tacna-es-la-region-con-mayores-casos-de-sobrepeso](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29457-tacna-es-la-region-con-mayores-casos-de-sobrepeso)

17. Peternella Veltrini, C., & Gomes Ribeiro, C. da. (2019). Publicidad, obesidad infantil y violación del derecho humano a una alimentación adecuada: un análisis a la luz de la bioética. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (9), 1-14.

18. E. Zarate. “Desarrollo de capacidades para la atención integral en salud: una experiencia innovadora. Diplomado de Atención integral en Salud para EBS de la

región Ica y la provincia de Huaytará, OPS/OMS Perú- 2009”  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4944.pdf>

19. Swami V. et al. (2008). Lonelier. Lazier.and.teased: the stigmatizing effect of body size. *The journal of social psychology*. 148(5). 577-593.

20. Hammond R., Levine R. “The economic impact of obesity in the  
a. United States.” *Diabetes. Metab. Syndr. Obes.* vol. 3. no. 285–95. 2010

21. Cai. J., Lubitz K., Pamuk E. “The predicted effects of chronic obesity in middle age on medicare costs and mortality.” *Med Care*. vol. 48. no. 6. pp. 510–7. 2010.

22. Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.

23. Elizathe, Luciana; Custodio, Jérica; Murawski, Brenda; Rutzstein, Guillermina  
ACTITUDES HACIA EL SOBREPESO Y SU ASOCIACIÓN CON RIESGO DE  
TRASTORNO ALIMENTARIO EN NIÑOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO *Revista  
Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXVI, núm. 3, noviembre-, 2017, pp. 324- 331

24. Elsadig Y. et al. Conocimiento de la obesidad entre estudiantes de escuelas intermedias en Majmaah. *Arabia Saudita. JRMDs*. Volume 7. Issue 6. Page No: 16-20. [Internet]. Nov2019. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <https://www.jrmds.in/articles/obesity-knowledge-among-intermediate-school-students-in-majmaah-saudi-arabia-44624.html>

25. Rigoberto León, Sanchez. Et. Al. Creencias y actitudes del alumnado de secundaria obligatoria de la zona norte de Madrid sobre las causas de obesidad infantil. *Revista educación*. 2018. vol. 43, núm. 1, pp. 230-244, 2019.

26. Thaher L. et al. Prevalencia de obesidad y conocimiento de riesgo para la salud asociado con la obesidad entre mujeres adolescentes en Jordania. *SRP*. 8. 60-68. [Internet]. Jan2018. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=82018>

27. Soledad Rivas Pajuelo Et. Al. Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable en una población adolescente peruana. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2021;27(2):105-110 ISSN 1135-3074. Disponible en: [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC\\_2021\\_2\\_art\\_4.pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2021_2_art_4.pdf)

28. Abosede O. Conocimiento y actitud hacia la obesidad entre los estudiantes de secundaria del Royal Crystall College. Ile-lfe. Nigeria. TIJOPH. Volumen 5. Páginas 1-14 [Internet]. 1Mar2017. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: [https://pdfs.semanticscholar.org/c77e/ac3c776207adff8998b97181f59054830570.pdf?\\_ga=2.85826329.1898385829.1578336739-2051894499.1578336739](https://pdfs.semanticscholar.org/c77e/ac3c776207adff8998b97181f59054830570.pdf?_ga=2.85826329.1898385829.1578336739-2051894499.1578336739)
29. Ana Elena Secundino de Hoyos. Actitud hacia la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar N°11 delegación Aguascalientes. Tesis de grado. México. Universidad Autónoma de Aguascalientes.2018.  
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1689/436329.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Mohammed A. Actitud y conocimiento de los riesgos de obesidad entre los estudiantes varones de secundaria en Al-Madinah. Arabia Saudita. JOAPS. Vol. 6 (10). pp. 154-158. [Internet]. 29Oct2016. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/7235/1d60a310bf0cbf2e31993c3ec2009e7c2d0d.pdf>
31. Sifuentes León, Eudosio H., and Luisa H. Rivas Díaz. Obesidad y sobrepeso en creencias y actitudes de pobladores de una comunidad urbana desde la Sociología de la Salud. Revista de Economía Institucional, vol. 22, no. 41, July-Dec. 2019, pp. 261
32. Barragán Rocío, Rubio Llorenç, Portolés Olga, Asensio Eva M, Ortega Carolina, Sorlí José Vicente et al . Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018 Oct [citado 2023 Ene 03] ; 35( 5 ): 1090-1099. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000900015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000900015&lng=es). Epub 20-Ene-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1809>.
33. Mariel Giovanna Rojas Vilcatoma. Nivel de prevención y conocimiento sobre la obesidad en los adolescentes del 5 “a” de secundaria de la institución educativa “Micaela Bastidas Puyucawa,” en el distrito de L Tnguiña mayo - julio 2015. Tesis

de grado. Perú. Universidad Alas Peruanas. 2016.  
[https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/1510/Tesis\\_Nivel%20Prevenci%c3%b3n\\_Conocimiento\\_Obesidad%20Adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/1510/Tesis_Nivel%20Prevenci%c3%b3n_Conocimiento_Obesidad%20Adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

34. Gaslac Huamán, Jackeline Lizbeth, Gaspar Agurto, Miriam Denisse. Nivel de relación del conocimiento y la actitud de los adolescentes con la obesidad en el colegio Mi amigo Jesús de Puente Piedra, Lima - 2016. Tesis de grado. Perú. Universidad Nacional del Callao. 2016.  
[http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/1762/Jackeline\\_Tesis\\_T%c3%adtuloprofesional\\_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/1762/Jackeline_Tesis_T%c3%adtuloprofesional_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

35. Sánchez, T. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD PARA PREVENIR LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR MARÍA DE LOS ANGELES – HUÁNUCO 2018 [Tesis]. : Universidad de Huánuco; 2020.  
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2570IIa>

36. Portocarrero D. et al. Conocimientos. actitudes y creencias en personas con sobrepeso-obesidad sobre riesgo cardiovascular en Lambayeque. Perú. RMH [Internet].2016 Ene[citado 2020 Ene 07]; 27(1):7-14.Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100002&lng=es).

37. Obesidad [Internet]. OMS. 2016. [Citado 7 de enero 2020]. Disponible en:  
<https://www.who.int/topics/obesity/es/>

38. León, E. H. S., & Díaz, L. H. R. (2019). Obesidad y sobrepeso en creencias y actitudes de pobladores de una comunidad urbana desde la Sociología de la Salud. Investigaciones Sociales, 22(41), 261–277.  
<https://doi.org/10.15381/IS.V22I41.16791>

39. De Onis M, Onyango AW, Borghi e, Siyam A, Nishida Ch, Siekmann J. (2007). Development of a WHO Growth reference for School-Aged Children and Adolescents. Bulletin of the World Health Organization. 2007;85(9):660-7. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-043497/en/index.html> Acceso al 18 de febrero de 2015.

40. Lobstein T. Baur L. Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Res.* 2004;5(S1):4-104.
41. Sharin Levy. Generalidades sobre los problemas psicosociales en los adolescentes. [Internet]. Harvard Medical School: MSD/Sharon Levy/2018 [actualizado 26 junio y 2019; citado 27 setiembre del 2022]. Disponible en: URL: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/los-problemas-en-la-adolescencia/generalidades-sobre-los-problemas-psicosociales-en-los-adolescentes>
42. MedLine. Diabetes en niños y adolescentes: Medline/2016 [actualizado 17 agosto y 2019; citado 27 setiembre del 2022]. Disponible en: URL: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetesinchildrenandteens.html>
43. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2014.
44. Whang Y. Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.* 2006;1(1):11-25
45. Richard A. Dickey. Donna H. Ryan y George A. Bray. Obesidad. Manual de endocrinología y metabolismo. En: Norman Lavin. Manual de endocrinología y metabolismo. 4te edición. Philadelphia. Wolters Kluwer; 2010. P. 535-543.
46. Morales J, Gutiérrez C, Bernui I. Hábitos alimenticios en adolescentes del distrito Mi Perú, Región Callao. *Health Care & Global Health.* 2017;1(1):10-17. doi:<http://dx.doi.org/10.22258/hgh.2017.4>
47. Gómez-Díaz Rita Angélica, Rábago-Rodríguez Rocío, Castillo-Sotelo Enrique, Vázquez-Estupiñan Felipe, Barba Rebeca, Castell Alejandra et al. Tratamiento del niño obeso. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Sep 29] ; 65( 6 ): 529-546. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600011&lng=es).
48. Observa-T Perú. Perú es el tercer país de la región en obesidad y sobrepeso. [Internet]. Publimetro. [Citado 7 de enero 2020]. Disponible en: <https://observateperu.ins.gob.pe/noticias/272-peru-es-el-tercer-pais-de-la-region-en-obesidad-y->



59. Kaditis AG, Alonso Alvarez ML, Boudewyns A, Alexopoulos EI, et al. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. *Eur Respir J.* 2016; 47(1):69-94.
60. Miño F Muriel Alejandra, Fuentes B Claudio Eduardo, Martínez L Felipe Tomás, Pérez O María Eugenia, Madrid A Eva. OBESIDAD, SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EN POBLACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2008 Jun [citado 2022 Sep 29] ; 35( 2 ): 109-114. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000200004>.
61. Martínez de Velasco R, Barbudo E, Pérez-Templado J, Silveira B, Quintero J. Revisión de la asociación entre obesidad y TDAH. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2015;43(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=100962843&h=FJDxMyk%2Bwwp14jIQYPQC4DTPygtPKUz5%2B6Mx9SDvk8xKF1zkHD0bVYLCcXZjduyHOQmldAuseMkMqucxgi8N%2BQ%3D%3D&crl=c>
62. Perea-Martínez A. et al. Evaluación. diagnóstico. tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *INP.* 35:316-337 [Internet]. 2014. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a9.pdf>
63. Rauner A. Mess F. Wolf A. The relationship between physical activity, physical fitness and overweight in adolescents: a systematic review of studies published in or after 2000. *BMC Pediatrics* 2013;13:19.
64. Perea-Martínez A. et al. Evaluación. diagnóstico. tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *INP.* 35:316-337 [Internet]. 2014. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a9.pdf>
65. Norheim F. Gjelstad I. Hjorth M et al. Molecular Nutrition Research –The Modern Way Of Performing Nutritional Science. *Nutrients* 2012;4:1898-1944.

66. Marín A. Diagnóstico y referencia de obesidad en niños y adolescentes. Publicado en el 2015. México: UNAM. Extraído el [21Jan.2022]; Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wpcontent/uploads/2015/11gu4.pdf>
67. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. *J Nutr.* 2004;134:2579-85.
68. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. *J Nutr.* 2004;134:2579-85.
69. Observa-T Perú. La obesidad de los ricos y los pobres. [Internet]. El Comercio. [Citado 19 de enero 2020]. Disponible en: <https://observateperu.ins.gob.pe/noticias/124-la-obesidad-de-los-ricos-y-los-pobres>
70. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 (OMS, Serie de Informes Técnicos 916) [consultado el 26 de febrero del 2014]. Se puede encontrar en: [http://libdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf](http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf).
71. Gómez-Díaz Rita Angélica, Rábago-Rodríguez Rocío, Castillo-Sotelo Enrique, Vázquez-Estupiñan Felipe, Barba Rebeca, Castell Alejandra et al . Tratamiento del niño obeso. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Sep 29] ; 65( 6 ): 529-546. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600011&lng=es).
72. Resolución WHA57/2004/REC/1 de la 57ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA, 17-22 DE MAYO DE 2004
73. UNICEF Guía programática de UNICEF: Prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. Nueva York: UNICEF, 2019.
74. Congreso de la República. LEY DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. *El peruano*. Viernes 17 de mayo del 2013. 494937-494939
75. Decreto supremo. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable. *El peruano*. Sábado 17 de junio del 2017. 25-29



76. FAO, 2011. Training needs analysis in nutrition education, including e-learning. Informe final. FAO, Roma. [www.nutritionlearning.net](http://www.nutritionlearning.net)
77. Morales, J., Gutiérrez, C., & Bernui, I. (2017). Hábitos alimenticios en adolescentes del distrito Mi Perú, Región Callao. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 1(1), 10–17. Recuperado a partir de <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/4>
78. Richa S, Rohayem J, Chammai R, Kazour F, Haddad R, Hleis S, et al. ADHD prevalence in Lebanese school-age population. *J Atten Disord*. 2014;18(3):242–246.
79. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014 Feb 26;311(8):806-14. [PMC free article] [PubMed]
80. Valentina Gonzales. IBERO. Obesidad infantil debe combatirse con ayuda de la familia [Internet] Disponible en: <https://ibero.mx/prensa/obesidad-infantil-debe-combatirse-con-ayuda-de-la-familia-psicologa-ibero>
81. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Arch Med Fam*. 2006;8(1):27-32.
82. Trujillo-Guerrero TJ, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Fam*. 2016;23(3):100-103.
83. Bunge M. 2002. *La Ciencia su Método y su Filosofía*. Buenos Aires: Ed. Inca Garcilaso de la vega.
84. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An. Fac. med.* [Internet]. 2009. Sep [citado 2020 Ene 13]; 70(3): 217-224. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es).
85. Edgar C., López O. *Salud Pública: Objeto de Conocimiento. Prácticas y Formación*. RSP. 9 (1) 140-154. [Internet]. 2007. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a15.pdf>

86. UNESCO. Educación para la salud y el bienestar. [Internet]. [actualizado 11 junio 2022; citado 29 agosto 2022]. Disponible en: URL: <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
87. Medlineplus. Comprendiendo la información en salud. [Internet]. [actualizado 11 octubre 2021; citado 18 julio 2022]. Disponible en: URL: <https://medlineplus.gov/spanish/healthliteracy.html#:~:text=La%20comprensi%C3%B3n%20de%20la%20informaci%C3%B3n%20sobre%20la%20salud%20es%20importante,ayudar%20a%20evitar%20ciertas%20enfermedades>
88. Martínez, Elkin Nutrición preventiva. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]. 2002, 20(2), 0[fecha de Consulta 5 de octubre de 2022]. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020210>
89. Gysling, J., y M. Cerri (2011). "Presencia de capacidades de bienestar subjetivo en el currículum de formación general de educación básica y media". Documento interno del PNUD.
90. Fishbein M. Ajzen I. Belief. Attitude. Intention. and Behavior: An Introduction to Theory and Research. 1.<sup>a</sup> ed. United states of america: Addison-Wesley; 1975.
91. American Obesity Association (AOA). (2005). Fact sheets. consultada el 20 de febrero 2007 en: <http://www.obesity.org/subs/fastfacts/aoafactsheets.shtml>
92. Hernández V. et. al. La actitud hacia la enseñanza y aprendizaje de la ciencia en alumnos de Enseñanza Básica y Media de la Provincia de Llanquihue. Región de Los Lagos-Chile. EP. 1. 71-83. [Internet]. 2011. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v37n1/art04.pdf>
93. Aigner M. Técnicas de medición por medio de escalas. SOCESC [Internet]. 25 de agosto de 2010 [citado 20 de octubre de 2021];0(18). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552>
94. Rodríguez. A. (1991). "Psicología Social". México: Trillas. ISBN
95. Vargas, Luz (1994). Sobre el concepto de percepción. En Alteridades vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa.
96. Parales-Quenza, Carlos José; Vizcaíno-Gutiérrez, Milcíades Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración

conceptual Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 39, núm. 2, 2007, pp. 351-361 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia

97. OMS. [Internet] N.D. Desarrollo en la adolescencia. [Consultado el 03. 02. 2020]. Disponible en:

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

98. Secundino A. Actitud hacia la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar N° 11 delegación Aguascalientes. [masters thesis]. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2018. 83 p.

99. Kaaks, R., Lukanova, A., & Kurzer, M.S. (2002). Obesity, endogenous hormones, and endometrial cancer risk: a synthetic review. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 11 12, 1531-43 .

100. Hernández RJ. Recommendations for the medical treatment of exogenous obesity at the primary care level. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2018;34(3):123-144.

101. Franco-Mijares AC, Cardona-Pimentel G, Villegas-Canchola KP, et al. Sobre el índice glucémico y el ejercicio físico en la nutrición humana. *Residente.* 2013;8(3):89-96.

102. Karla Meneses Perez. Tabla de alimentos. Índice glicémico y carga glicémica. [Internet]. 2011. Extraído el [6Jan.2020]; Disponible en: <https://d-medical.com/2021/05/tabla-de-indice-glucemico-y-carga-glucemica-actualizada-de-karla-meneses/>

103. The effect of sex, age and race on estimating percentage body fat from body mass index: The Heritage Family Study». *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26 (6): 789-96. June 2002.

104. Ceasay, Yankuba. (2015). Anthropometry. 10.13140/RG.2.1.4354.9606. presentation on clinical research Anthropometric measurement. Disponible en:[https://www.researchgate.net/publication/276274229\\_Anthropometry/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/276274229_Anthropometry/citation/download)

105. Manenschijn L, van Kruysbergen RG, et al. Shift work at young age is associated with elevated long-term cortisol levels and body mass index. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(110):1862-1865.
106. Villar Aguirre Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta méd. peruana [Internet].* 2011 Oct [citado 2022 Oct 11]; 28(4):237-241. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es).
107. Allison DB, Gadde KM, Garvey WT, Peterson CA, Schwiers ML, Najarian T, Tam PY, Troupin B, Day WW. Controlled-release phentermine/topiramate in severely obese adults: a randomized controlled trial (EQUIP). *Obesity (Silver Spring).* 2012 Feb;20(2):330-42.
108. Astrup A, Rössner S, Van Gaal L, Rissanen A, Niskanen L, Al Hakim M, Madsen J, Rasmussen MF, Lean ME; NN8022-1807 Study Group. Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet.* 2009 Nov 7;374(9701):1606-16.

## ANEXOS

### 1. Instrumentos de recolección de datos

#### ESCALA DE ACTITUD ANTE LA OBESIDAD

Edad: 12-15 ( ) 16-19 ( )

Sexo: H ( ) M ( )

Grado de instrucción: 1.º Sec. ( ) 2.º Sec.( ) 3.º Sec.( ) 4.º Sec. ( ) 5.º Sec. ( )

**Instrucciones.** Marca con una equis (x) la respuesta que consideres en cada pregunta. El desarrollo de la escala te tomará 10 minutos. No estás obligado a contestar las preguntas que no quieras. Como ves el mismo es anónimo.

**Leyenda.** Totalmente de acuerdo (TA). Ni de acuerdo. Ni en desacuerdo. (NA; ND)  
Totalmente en desacuerdo (TD)

	ACTITUDES	TA	NA-ND	TD
1	Me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos.			
2	Cuando tengo tiempo libre prefiero mirar televisor en casa.			
3	Cuando estoy en casa me gusta ayudar en los quehaceres del hogar (limpiar. barrer. planchar. cortar pasto).			
4	Cuando estoy en el colegio me gusta sentarme para conversar con mis amigos.			
5	¿Te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?			
6	Alguna vez me he sentido intranquilo por mi barriga.			
7	Me preocupa mucho el hecho de no poder mantener mi peso ideal.			
8	¿Actualmente consideras que estás subiendo de peso?			
9	A menudo trato de no ingerir alimentos que me			

	engorden.			
10	Me preocupó mucho cuando ingiero alimentos ricos en grasas.			
11	Considero que no tengo mucha voluntad para hacer ejercicios físicos.			
12	En general considero que no tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos.			
13	Pienso que no soy capaz de mantener un estilo de vida saludable.			
14	Considero que los ejercicios físicos no son importantes para mantener mi peso corporal.			

## CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE OBESIDAD

### DATOS GENERALES

Edad: 12-15 años ( ) 16 a 19 años ( )

Sexo: (H) (M)

Grado de instrucción: 1° Sec. ( ) 2° Sec. ( ) 3° Sec. ( ) 4° Sec. ( ) 5° Sec. ( )

### DATOS RELACIONADOS AL ESTUDIO

#### Básico

1. La obesidad infantil es:

- a) Una enfermedad.
- b) Un defecto que tiene los niños.
- c) Algo que no tiene importancia.
- d) Es ver a los niños “gordos”
- e) Es un niño que no come

2. La obesidad puede ocasionar

- a) Problema en los pies
- b) hongos en el cuerpo
- c) Infecciones en la piel.
- d) problemas con la cabeza
- e) Problemas en el corazón

#### Hábitos alimenticios

3. Los alimentos que debe incluir la dieta del escolar está dado por:

- a) Carnes, leche y sus derivados, verduras y harinas.
- b) Leche y sus derivados, verduras y carne de res.
- c) Carnes, leche y derivados, huevo, verduras y frutas.
- d) Frutas. Huevo, verduras, harina y carnes.
- e) Solo harinas y verduras

4. Es importante que el escolar tenga una alimentación saludable:

- a) Le permite crecer, estudiar, jugar y estar saludable.
- b) Le permite estudiar, crecer, hacer amigos y ser inteligente.
- c) Le permite crecer, desarrollar su actividad física y estar sano.
- d) Le permite estudiar, Crecer, ser inteligente y estar saludable.
- e) Le permite solo ser inteligente

5. El escolar necesita comer verduras y frutas:

- a) Las verduras tienen vitaminas y es necesario para prevenir enfermedades.
- b) Las verduras previenen el estreñimiento, vitaminas y es necesario para prevenir enfermedades.
- c) Las verduras contienen minerales, vitaminas, antioxidantes necesarios para prevenir enfermedades.
- d) Las verduras son buenas para su salud tienen muchas vitaminas y es necesario para prevenir enfermedades.
- e) Las verduras favorecer al desarrollo muscular

6. El escolar debe consumir aceites y grasas:

- a) Aportan los nutrientes esenciales para el crecimiento normal.
- b) Hacen que el niño engorde y que sufra obesidad infantil.
- c) Evita que le niño tenga problemas intestinales
- d) Favorece la regeneración de la piel e) Evitan que las personas engorden

7. Los alimentos que debe incluir en el desayuno del escolar

- a) Leche, pan o cereal y frutas.
- b) Frugos, queque y gelatina.
- c) Vaso de agua, galletas y mazamorra.
- d) Arroz con pollo y un jugo natural.
- e) Arroz, queso y leche

8. La lonchera escolar es importante ya que:

- a) Es una parte complementaria de la alimentación.



- b) Calma del hambre al niño durante el día.
- c) Le ayuda a crecer y a desarrollar.
- d) Protege al organismo de enfermedades.
- e) Evita que el niño tenga anemia

9. Señale que alimentos debe incluir una lonchera

- a) Fruta o verdura, pan, refresco natural.
- b) Gaseosa, galletas y una naranja.
- c) Agua pura, huevo con arroz y gelatina.
- d) Frugos, galletas y manzana.
- e) Frugos. yogurt y pan

10. Los alimentos que se debe evitar en una lonchera está dado por:

- a) Verduras.
- b) Frutas.
- c) Alimentos Chatarra.
- d) Carbohidratos
- e) Proteínas

11. ¿Cuántas frutas cree usted que debe consumir el escolar?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

### **Hábitos actividad física**

12. Que actividades contribuye o favorece a que el escolar se ponga obeso.

- a) Mirar televisión una hora
- b) Consumir tres frutas diariamente
- c) Dormir inmediatamente después de almorzar o cenar

d) Comer la mitad del almuerzo de la mañana

e) Tomar agua todos los días en ayunas

13. La actividad física en el escolar es importante ¿Por qué?

a) Les ayuda en su crecimiento y estar sanos.

b) Les ayuda a tener huesos delgados y largos

c) Les ayuda a no padecer enfermedades de la piel

d) Les ayuda a evitar calambres

e) Les ayuda a engordar

14. La actividad que debe realizar diariamente el escolar, está dada por:

a) Realizar deportes como fútbol y vóley.

b) Saltar, escalar, hacer volantín, bailar, trepar, etc.

c) Correr, saltar y bailar, si lo desea.

d) Deja que él niño se divierta solo.

e) Jugar canicas

15. El tipo de juegos que puede realizar diariamente el escolar, está dada por:

a) Juegos de gran esfuerzo físico

b) Jugar con el play station

c) Juegos que les permita jugar con papá, mamá o sus amigos.

d) Juegos de mesa (damas o ajedrez)

e) Jugar con la Tablet o computadora

16. El tiempo mínimo que debe realizar ejercicio un escolar es de:

a) 15 min

b) 30 min

c) 45 min

d) 1 hora

e) 2 horas

**GUÍA DE GRUPO FOCAL: PERCEPCIONES SOBRE OBESIDAD EN  
ESTUDIANTES DEL COLEGIO SAN PEDRO - CALLAO**

Buenos días/tardes. Mi nombre es..... y estoy realizando un **estudio sobre el conocimiento y la actitud que tienen los estudiantes de nivel secundario frente a la obesidad en el colegio San Pedro - Callao**. La idea es poder **conocer sus opiniones y sobre la obesidad y qué tipos de comportamientos tienen al respecto en sus propias vidas, la de sus compañeros y compañeras**. Cabe resaltar que no hay respuestas incorrectas o correctas, lo que importa es precisamente su punto de vista expresado en un ambiente de respeto mutuo. Para facilitar el registro de información grabaremos la conversación. Tomar notas a mano podría causar demoras y además se podrían perder datos importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? La grabación es sólo para los fines de análisis. ¡Les agradecemos por el tiempo dedicado en esta reunión!

**1. DATOS GENERALES:**

<b>Nro.</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Grado/sección</b>
1.		
2.		
3.		
4.		

Guía de entrevista semiestructurada

1	Me gustaría saber que es para ustedes la obesidad, dónde recibieron la información
2	¿Cuáles consideran que son las causas de que las personas lleguen a ser obesas?
3	¿Qué consecuencia trae el tener obesidad?
4	¿Qué es lo que creen y/saben de la alimentación y el

	ejercicio físico con relación a la obesidad?
5	¿Qué es lo que más comen y cuánto comen ya sea en el colegio, en casa o la calle? Porqué lo comen
7	¿Como se sienten cuando comen comida ya sea comida rápida/chatarra/saludable y cuando perciben que están subiendo de peso?
8	¿Qué hacen para mantener un peso saludable?
9	¿Cómo actúan cuando sienten que suben de peso, o cuando quieren comer algo y saben que engorda?

## 2. Asentimiento y consentimiento informado

### ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN



Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Daniel Morales Vargas, cuyo estudio tiene por título: **CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL COLEGIO SAN PEDRO BELLAVISTA CALLAO, 2019.**

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomara 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento.

---

Gracias por su participación.

**“Año de la Universalización de la Salud”**

**Bellavista, 20 de febrero de 2020**

**OFICIO N.º 410-2019-D-IE- “SP”**

**Señor:**

**DANIEL MORALES VARGAS**

**Presente. -**

**ASUNTO: COMUNICO ACEPTAR LEVATAMIENTO DE  
INFORMACION DE ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIA**

-----

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente y a la vez comunicarle que habiendo Ud. ingresado el expediente 2647-2019, sobre el pedido de levantamiento de información de estudiantes del nivel secundaria para una investigación denominada “Conocimientos y Aptitudes del Estudiante de Secundaria Frente a la Obesidad” a partir del mes de noviembre del presente año expresándome que dicho informe será con fines de investigación comprometiéndose hacer llegar los resultados para mi conocimiento; informo que su solicitud es aceptada siempre y cuando cumpla con lo comprometido. Siendo todo lo que tengo que informar, aprovecho la oportunidad para expresarle a Ud., los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

EERCF/D-IE-SP


Jju/ofc



**Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad**

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	/		/		/		
2	/		/		/		
3	/		/		/		
4	/		/		/		
5	/		/		/		
6	/		/		/		
7	/		/		/		
8	/		/		/		
9	/		/		/		
10	/		/		/		
11	/		/		/		
12	/		/		/		
13	/		/		/		
14	/		/		/		
15	/		/		/		
16	/		/		/		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					/		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					/		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					/		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					/		

**Datos del experto:**

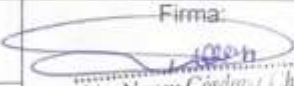
Nombres y Apellidos:	DAYDA MARY TUESTA RIOS	Firma:  Dayda Mary Tuesta Rios C. E. P. 23395 - R. E. 7449 Instituto de Epidemiología y Salud Ambiental
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					✓		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					✓		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					✓		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					✓		

**Datos del experto:**

Nombres y Apellidos:	Nancy CONSUELA CHAVEZ	Firma:  Lic. Nancy Córdova Chávez C.E.P. 20877 ENFERMERA
Fecha:	31—Mayo-2019	


**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad**

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.						
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					Si	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					✓		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					✓		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					✓		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					✓		

**Datos del experto:**

Nombres y Apellidos:	CLARA PATRICIA Almonte Andrade	 <p>GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"</p> <p><i>Mg. Clara P. Almonte Andrade</i></p> <p><b>Mg. Clara P. Almonte Andrade</b> Enfermera Supervisora del Departamento de Enfermería C.E.P. 18007 R.R.E. 592</p>
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	/		/		/		
2	/		/		/		
3	/		/		/		
4	/		/		/		
5	/		/		/		
6	/		/		/		
7	/		/		/		
8	/		/		/		
9	/		/		/		
10	/		/		/		
11	/		/		/		
12	/		/		/		
13	/		/		/		
14	/		/		/		
15	/		/		/		
16	/		/		/		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					/		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					/		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					/		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					/		

**Datos del experto:**


Nombres y Apellidos:	<i>Gerald Dick Gómez Baca</i>	Firma:   GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO MINSALUD DANIEL ALGUES CARRÓN
Fecha:	31—Mayo-2019	LIC. GERALD GÓMEZ BACA C.N.P. 5260 <small>REG. DEL REG. DE ABOGADOS</small>

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad**

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	/		/		/		
2	/		/		/		
3	/		/		/		
4	/		/		/		
5	/		/		/		
6	/		/		/		
7	/		/		/		
8	/		/		/		
9	/		/		/		
10	/		/		/		
11	/		/		/		
12	/		/		/		
13	/		/		/		
14	/		/		/		
15	/		/		/		
16	/		/		/		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					Si	No	<b>Observaciones</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					/		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					/		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					/		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					/		

**Datos del experto:**

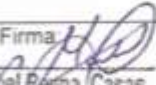
Nombres y Apellidos:	<i>RENZO GUTIERREZ CÁRDENAS.</i>	 Lic. Renzo Gutiérrez Cárdenas NUTRICIONISTA CNP. 5379
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad**

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	/		/		/		
2	/		/		/		
3	/		/		/		
4	/		/		/		
5	/		/		/		
6	/		/		/		
7	/		/		/		
8	/		/		/		
9	/		/		/		
10	/		/		/		
11	/		/		/		
12	/		/		/		
13	/		/		/		
14	/		/		/		
15	/		/		/		
16	/		/		/		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					/		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					/		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					/		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					/		

**Datos del experto:**


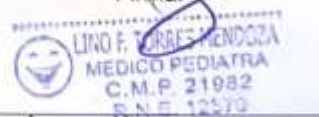
Nombres y Apellidos:	<i>MARIBEL REYNA CASAS</i>	Firma:  Lic. Maribel Reyna Casas NUTRICIONISTA C.N.P. 2748
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad**

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	/		/		/		
2	/		/		/		
3	/		/		/		
4	/		/		/		
5	/		/		/		
6	/		/		/		
7	/		/		/		
8	/		/		/		
9	/		/		/		
10	/		/		/		
11	/		/		/		
12	/		/		/		
13	/		/		/		
14	/		/		/		
15	/		/		/		
16	/		/		/		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					/		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					/		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					/		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					/		

**Datos del experto:**


Nombres y Apellidos:		Firma:  
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		
<b>Aspectos Generales del IRD</b>					<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					✓		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					✓		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					✓		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					✓		

**Datos del experto:**

Nombres y Apellidos:		 <p style="font-size: small;">GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO HOSPITAL NACIONAL MANUEL ALCIDES CARRIÓN</p> <p style="font-size: x-small;">Dra. <i>Maria Cecilia Santibanez G.</i> Médico - Pediatra CMP. 16407 - RNE 7209</p>
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### Cuestionario de conocimientos para prevenir la obesidad

N° de ítem	Coherencia		Pertinencia		Claridad		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		
Aspectos Generales del IRD					Sí	No	Observaciones
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.					✓		
Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación.					✓		
Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial.					✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable.					✓		
El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio.					✓		

**Datos del experto:**

Nombres y Apellidos:		 Firma: Dra. Della Terrones Rodríguez MEDICO PEDIATRA C.M.P. 20000 R.N.E. 17451
Fecha:	31—Mayo-2019	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sara Maria Valdetaro Dulanto, identificado(a) con DNI 41645910 de Lima, en calidad de progenitor(a) tutor(a) Mariajosé Mantilla Valdetaro, , deseo manifestar a través de este documento, que fuimos informados suficientemente y comprendemos la justificación, los objetivos, los procedimientos y beneficios implicados en la participación de nuestro hijo(a), en el proyecto de investigación: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL BELLAVISTA CALLAO \_", **Consintiendo** a que participaran de una entrevista grupal vía Internet unas preguntas de manera anónima y confidencial, cuya contestación dura aproximadamente 1 hora. Nuestro hijo se compromete a contestar sinceramente para que la investigación arroje resultados válidos.

### Participación Voluntaria

La participación de nuestro hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria, si él o ella se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional, ni académico, ni social. Si lo desea, nuestro hijo(a) informaría los motivos de dicho retiro al equipo de investigación.

La información suministrada por nuestro hijo(a) **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación.

Así mismo, declaramos que fuimos informados suficientemente y comprendemos que tenemos derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o nosotros tengamos sobre dicha investigación, antes, durante y después de su ejecución.

Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su asentimiento informado para participar en el estudio de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que mi firma en este formato no obliga su participación.

Firma



Nombre

Sara Maria Valdetaro Dulanto

FECHA.

27 de diciembre de

2022



## **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Carmen Antonia Cornejo Rivera, identificado(a) con DNI 42272193 de Lima, en calidad de progenitor(a) \_\_ tutor(a) Mikal Antonia Cardoza Cornejo, deseo manifestar a través de este documento, que fuimos informados suficientemente y comprendemos la justificación, los objetivos, los procedimientos y beneficios implicados en la participación de nuestro hijo(a), en el proyecto de investigación: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL BELLAVISTA CALLAO \_\_".

**Consintiendo** a que participaran de una entrevista grupal vía Internet unas preguntas de manera anónima y confidencial, cuya contestación dura aproximadamente 1 hora.

Nuestro hijo se compromete a contestar sinceramente para que la investigación arroje resultados válidos.

### **Participación Voluntaria**

La participación de nuestro hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria, si él o ella se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional, ni académico, ni social. Si lo desea, nuestro hijo(a) informaría los motivos de dicho retiro al equipo de investigación.

La información suministrada por nuestro hijo(a) **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación.

Así mismo, declaramos que fuimos informados suficientemente y comprendemos que tenemos derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o nosotros tengamos sobre dicha investigación, antes, durante y después de su ejecución.

Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su asentimiento informado para participar en el estudio de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que mi firma en este formato no obliga su participación.

**Firma**



**Nombre Carmen Antonia Cornejo Rivera**

**FECHA 27 de Diciembre del 2022**

## **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Michelle Zapata Ruiz**, identificado (a) con **C.E 001505202** de **Venezuela**, en calidad de progenitor(a) X tutor(a) **Gumelin Ruiz Fernandez**, deseo manifestar a través de este documento, que fuimos informados suficientemente y comprendemos la justificación, los objetivos, los procedimientos y beneficios implicados en la participación de nuestro hijo(a), en el proyecto de investigación: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL BELLAVISTA CALLAO \_", **Consintiendo** a que participaran de una entrevista grupal vía Internet unas preguntas de manera anónima y confidencial, cuya contestación dura aproximadamente 1 hora. Nuestro hijo se compromete a contestar sinceramente para que la investigación arroje resultados válidos.

### **Participación Voluntaria**

La participación de nuestro hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria, si él o ella se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional, ni académico, ni social. Si lo desea, nuestro hijo(a) informaría los motivos de dicho retiro al equipo de investigación.

La información suministrada por nuestro hijo(a) **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación.

Así mismo, declaramos que fuimos informados suficientemente y comprendemos que tenemos derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o nosotros tengamos sobre dicha investigación, antes, durante y después de su ejecución.

Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su asentimiento informado para participar en el estudio de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que mi firma en este formato no obliga su participación.

**Firma**



**Nombre Gumelin Ruiz Fernandez**

**FECHA. 27 de Diciembre de 2022**

## **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mayfer Arroyo Vargas , identificado(a) con DNI 42174669 de Lima, en calidad de progenitor(a) \_\_ tutor(a) Donatti Arroyo Caloretti , deseo manifestar a través de este documento, que fuimos informados suficientemente y comprendemos la justificación, los objetivos, los procedimientos y beneficios implicados en la participación de nuestro hijo(a), en el proyecto de investigación: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL BELLAVISTA CALLAO \_", **Consintiendo** a que participaran de una entrevista grupal vía Internet unas preguntas de manera anónima y confidencial, cuya contestación dura aproximadamente 1 hora. Nuestro hijo se compromete a contestar sinceramente para que la investigación arroje resultados válidos.

### **Participación Voluntaria**

La participación de nuestro hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria, si él o ella se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional, ni académico, ni social. Si lo desea, nuestro hijo(a) informaría los motivos de dicho retiro al equipo de investigación.

La información suministrada por nuestro hijo(a) **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación.

Así mismo, declaramos que fuimos informados suficientemente y comprendemos que tenemos derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o nosotros tengamos sobre dicha investigación, antes, durante y después de su ejecución.

Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su asentimiento informado para participar en el estudio de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que mi firma en este formato no obliga su participación.

**Firma:**



**Nombre: Mayfer Arroyo Vargas**

**FECHA: 26 de diciembre del 2022**

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Marina del Castillo, identificado(a) con DNI 43430711 de Lima, en calidad de progenitor(a) \_\_ tutor(a) Diana Ruiz del Castillo, , deseo manifestar a través de este documento, que fuimos informados suficientemente y comprendemos la justificación, los objetivos, los procedimientos y beneficios implicados en la participación de nuestro hijo(a), en el proyecto de investigación: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA OBESIDAD EN EL BELLAVISTA CALLAO \_\_", **Consintiendo** a que participaran de una entrevista grupal vía Internet unas preguntas de manera anónima y confidencial, cuya contestación dura aproximadamente 1 hora. Nuestro hijo se compromete a contestar sinceramente para que la investigación arroje resultados válidos.

### Participación Voluntaria

La participación de nuestro hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria, si él o ella se negara a participar o decidiera retirarse, esto no le generará ningún problema, ni tendrá consecuencias a nivel institucional, ni académico, ni social. Si lo desea, nuestro hijo(a) informaría los motivos de dicho retiro al equipo de investigación.

La información suministrada por nuestro hijo(a) **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación.

Así mismo, declaramos que fuimos informados suficientemente y comprendemos que tenemos derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o nosotros tengamos sobre dicha investigación, antes, durante y después de su ejecución.

Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su asentimiento informado para participar en el estudio de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que mi firma en este formato no obliga su participación.

Firma



Nombre: Marina del Castillo

FECHA: 26 de diciembre del 2022