



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE POSGRADOS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES,
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y
OBESIDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS DE 5ª 9 AÑOS DE LA
PARROQUIA DE MACHÁNGARA, DURANTE 2015-2016.**

**Tesis previo a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

Autora: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias 0102379989

Directora: Dra. Elvira palacios Espinoza 0101304822

Cuenca - Ecuador

2017.



RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre los factores biopsicosociales, funcionalidad familiar, sobrepeso y obesidad en niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara 2015-2016.

Métodos y materiales. Se realizó un estudio mixto: en la parte cuantitativa se utilizó el IMC con tablas OMS/MSP, el cuestionario y el test de funcionalidad familiar FF-SIL para describir las características de la población y la relación con los factores asociados. En la parte cualitativa se describió las percepciones de los padres en cuanto a las prácticas alimentarias familiares, sobrepeso y obesidad y su relación.

Resultados. La prevalencia fue de 17,6% de sobrepeso y 12,4% de obesidad, y se encontró una asociación positiva estadísticamente significativa cuando el número de hermanos fue de 2 o menos (RP 1,7 IC95% 1,089-2,936). No se encontró una asociación estadísticamente significativa, pero el exceso de peso en los niños fue más frecuente, cuando había antecedentes de obesidad en los padres, en los que realizaban poca actividad física y en los que usaban tecnologías de nueva generación más de 2 horas al día, en el tipo de familia nuclear, y en las familias funcionales. La percepción de los padres del sobrepeso y obesidad se relacionó con las prácticas de alimentación familiares y con los conocimientos de la obesidad.

Conclusiones. El sobrepeso y obesidad se asoció con el número de hermanos con un riesgo de 1,7 veces mayor si la familia tiene hasta 2 hermanos.

Palabras claves: obesidad, sobrepeso, infantil, funcionalidad familiar, percepciones.



Universidad de Cuenca

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between biopsychosocial factors, family functionality, overweight, and obesity in schoolchildren aged 5 to 9 years of the Machángara parish 2015-2016.

Methods and materials. A mixed study was conducted: the BMI with WHO / MSP tables, the questionnaire and the FF-SIL family function test were used in the quantitative part to describe the characteristics of the population and the relation with the associated factors. In the qualitative part, we described the parents' perceptions regarding family, overweight and obesity food practices and their relationship.

Results. The prevalence was 17.6% of overweight and 12.4% of obesity, and a statistically significant positive association was found when the number of siblings was 2 or less (RP 1.7 CI 95% 1.089-2.936). There was no statistically significant association, but overweight in children was more frequent, when there was a history of obesity in the parents, in those who did little physical activity and in those who used new generation technologies more than 2 hours a day, in the type of obesity. Nuclear family, and functional families. The parents' perception of overweight and obesity was related to family feeding practices and knowledge of obesity.

Conclusions. Overweight and obesity were associated with the number of siblings with a risk of 1.7 times higher if the family had up to 2 children.

Key Words: Obesity, overweight, infant, family functionality, perceptions.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	3
CLÁUSULA DE DERECHO DE AUTOR.....	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I.....	10
1.1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.3. JUSTIFICACIÓN Y USOS DE LOS RESULTADOS.....	12
CAPÍTULO II.....	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
2.1. LA OBESIDAD.....	13
2.1.1. Definición de obesidad.....	13
2.1.2. Etiología de la obesidad.....	13
2.1.3. Consecuencias de la obesidad.....	13
2.1.4. Diagnóstico.....	14
2.2. LA FAMILIA.....	14
2.2.1. Definición de familia.....	14
2.2.2. Definición de estructura familiar.....	14
2.2.3. Definición de funcionalidad familiar.....	15
2.3. RELACIÓN ENTRE FAMILIA, SOBREPESO Y OBESIDAD.....	16
2.3.1. Genética.....	16
2.3.2. Factores psicosociales.....	16
2.3.3. Ambiente familiar.....	16
2.3.4. Factores ambientales.....	17
2.3.5. Entorno social.....	17
2.3.6. Riesgo familiar.....	18
2.4. PERCEPCIONES.....	18



Universidad de Cuenca

2.4.1. Percepciones de los padres sobre el sobrepeso, y obesidad de sus hijos.....	18
2.4.2. Prácticas alimentarias familiares.....	19
CAPÍTULO III.....	19
3.1. HIPÓTESIS.....	19
3.2. OBJETIVOS.....	20
3.2.1. Objetivo general.....	20
3.2.2. Objetivos específicos.....	20
CAPÍTULO IV.....	20
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
4.1.1. Tipo de estudio.....	20
4.1.2. Área de estudio.....	21
4.1.3. Universo y muestra.....	21
4.1.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	21
4.1.5. Jerarquización de variables.....	21
4.1.5.1. Operacionalización de variables.....	22
4.2. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	23
4.2.1. Estudio cuantitativo.....	23
4.2.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad.....	23
4.2.1.2. Características generales de las familias.....	24
4.2.1.3. Funcionalidad familiar.....	24
4.2.2. Estudio cualitativo.....	24
4.2.2.1. Cualitativa: fenomenológico.....	24
4.2.2.2. Categorías conceptuales.....	25
4.3. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
4.3.1. Estudio cuantitativo.....	25
4.3.2. Estudio cualitativo.....	26
4.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	26
CAPÍTULO V.....	26
5. RESULTADOS.....	26
5.1. Sección cuantitativa.....	26
5.1.1. Características biopsicosociales.....	26



Universidad de Cuenca

5.1.2. Tipos de familia y riesgo familiar.....	28
5.1.3. Estado nutricional.....	30
5.1.4. Funcionalidad familiar.....	30
5.1.5. Factores asociados.....	34
5.2. Sección cualitativa.....	37
5.2.1. Percepción sobre salud, sobrepeso y obesidad.....	37
5.2.2. Prácticas de alimentación familiares de los padres.....	38
5.2.3. Prácticas alimentación familiares actuales.....	39
5.2.4. Percepción de la obesidad como un problema.....	41
CAPÍTULO VI.....	42
6. DISCUSIÓN.....	42
6.1. Sección cuantitativa.....	42
6.2. Sección cualitativa.....	44
CAPÍTULO VII.....	46
7.1. CONCLUSIONES.....	46
7.2. RECOMENDACIONES.....	47
CAPÍTULO VIII.....	48
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
8.2. ANEXOS.....	53
8.2.1. Anexo 1.....	53
8.2.2. Anexo 2.....	55
8.2.3. Anexo 3.....	57
8.2.4. Anexo 4.....	59
8.2.5. Anexo 5.....	60
8.2.6. Anexo 6.....	62



Universidad de Cuenca

CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Ana Cecilia Gómez Arias, autora del proyecto de investigación RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS DE 5 A 9 AÑOS DE LA PARROQUIA DE MACHÁNGARA DURANTE 2015-2016; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 31 de Marzo de 2017.

Ana Cecilia Gómez Arias

0102379989

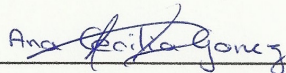


Universidad de Cuenca

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Ana Cecilia Gómez Arias, autora del proyecto de investigación RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS DE 5 A 9 AÑOS DE LA PARROQUIA DE MACHÁNGARA, DURANTE 2015-2016; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 31 de Marzo de 2017.



Ana Cecilia Gómez Arias
0102379989



Universidad de Cuenca

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera especial y sincera a la Doctora Elvira Palacios por haber aceptado formar parte de este trabajo de investigación y acogerme bajo su dirección, y a la Doctora Lourdes Huiracocha por su apoyo y confianza ha sido un aporte invaluable.

Así también quiero agradecer a cada una de las instituciones que abrieron sus puertas para dar cabida a este proyecto y a cada una de las familias que abrieron su corazón para compartimos un poco de su vida y la de sus niños.

Por último, agradezco a cada una de esas personas que de una o de otra forma formaron parte de esta investigación, a mi esposo Juan Diego y a mis hijos Mateo y Juan Daniel, quienes supieron brindarme el apoyo y paciencia cuando más lo necesité.



Universidad de Cuenca

DEDICATORIA

A mi esposo y mis hijos que con su cariño y afecto, su apoyo incondicional y sus palabras de aliento me han estimulado cada día para realizar y concluir con éxito este proyecto de investigación.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad en la infancia presentan un permanente aumento de su prevalencia en el mundo, y se han convertido en un problema de salud pública mundial, la OMS ha señalado que en el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. Estas patologías son importantes no solo por su alta prevalencia, sino por su relación con otras alteraciones metabólicas, que incrementan la morbilidad y mortalidad; y sobretodo porque la obesidad puede prevenirse.(1)

En los niños la obesidad causa problemas orgánicos, psicológicos y aumenta el riesgo de hipertensión arterial, síndrome de hipoventilación y apnea obstructiva del sueño, dislipidemias, diabetes tipo 2, y además la obesidad en etapas tempranas de la vida tiene mayor probabilidad de obesidad en el adulto.(2)

La familia es la unidad básica de la sociedad, y cumple las funciones de protección y cuidado de sus miembros, promueve el desarrollo de cada uno de ellos, y ayuda a prevenir o enfrentar los problemas de salud.(3)

El tipo de familia, las formas de interacción de los padres con los hijos, los estilos educativos, son factores de riesgo y factores determinantes del sobrepeso y obesidad infantil.(4) Y si la familia se asocia con problemas en el funcionamiento familiar, con hábitos alimentarios poco saludables y con dificultades para ofrecer ayuda emocional y conductual a sus miembros, son factores de riesgo para el sobrepeso y obesidad.(5)

Entonces al existir factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a la obesidad infantil, o que causen un aumento de esta condición, veo que es importante evaluar este trastorno nutricional y relacionarlo con éstos factores, para poder prevenirla. (3)(6)(7)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad en el mundo, constituye la enfermedad no transmisible más prevalente y se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo de mortalidad en el mundo, fallecen 3,4 millones de



Universidad de Cuenca

adultos cada año como consecuencia de ésta. En el 2013 según la OMS, en los países en desarrollo existe un incremento porcentual del sobrepeso y obesidad en niños de alrededor del 30% superior al de los países desarrollados.(1)

En el año 2012 en España, sus cifras también se han elevado encontrándose al sobrepeso en un 40% y la obesidad en el 15% de la población general, y la obesidad infantil llega al 16%.(8)

González E, Aguilar MJ, García C, García p, Álvarez J, Padilla C, Ocete E. 2012, en su estudio la influencia del entorno familiar en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en escolares, encontró asociaciones leves pero estadísticamente significativas entre el nivel educativo de los padres, quién prepara el menú, prácticas de ocio sedentario y el estado nutricional de sus hijos.(5)(9)

En México en la población escolar de 5 a 11 años de edad, según la OMS la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en el 2012 fue de 34,4% (19,8% de sobrepeso y 14,6% de obesidad). Y en este grupo de edad se asocia con estilos de vida sedentarios e inactividad física.(7)

En Ecuador la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2011-2013), nos muestra estadísticas con respecto al estado nutricional de la población escolar de 5 a 11 años, el 29,9% presenta sobrepeso y el 8,6% presenta obesidad, y los escolares del quintil más rico presenta la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad con el 41,4% en comparación con los escolares del quintil más pobre que tienen el 21,3%.(10)(11)

En Quito – Ecuador 2010, Recalde analiza la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las familias de escolares municipales de Quito y su asociación con la estructura de sus familias, encontrando una prevalencia de sobrepeso del 15,4% (IC95% 14,5 – 16,2%) y de obesidad del 6,4% (IC95% 5,8 – 7,0), en escolares de 6 a 12 años. El sobrepeso es más prevalente en mujeres y la obesidad en hombres. El sobrepeso y la obesidad se encontró en las familias nucleares en un 16,5% (IC95% 15,6 – 17,3).(12)

La obesidad se asocia con la familia, no solo en el contexto genético, sino en el ambiental, es un factor determinante en cuanto si la familia cumple o deja



Universidad de Cuenca

de cumplir sus funciones, y además esta patología puede sobrecargar aún más el sistema familiar, lo que aumentaría el impacto social y económico.(4)(7)

Pese a todo esto, en nuestro medio no se conoce como influye la familia en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad infantil, por lo que nos hemos planteado algunas preguntas:

¿Cuáles son las características generales de las familias de los escolares de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara?

¿Cuál es la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara?

¿Cuál es la relación entre los factores biopsicosociales, funcionalidad familiar y el sobrepeso y obesidad en las familias de los escolares?

¿Cuáles son las percepciones de las familias de los escolares sobre el sobrepeso y obesidad?

1.3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS

La finalidad de la investigación es determinar la relación entre los factores biopsicosociales, funcionalidad familiar y el sobrepeso y obesidad en los escolares de 5 a 9 años de la parroquia Machángara, que en nuestro caso hemos visto relevante estudiarla en los niños porque son un grupo vulnerable considerado en la Constitución Política del Ecuador y en el Modelo de Atención Integral de Salud.

Los resultados obtenidos beneficiarán a la Comunidad Científica, las autoridades del Centro de Salud de Machángara, MSP y a los estudiantes de la Universidad de Cuenca para realizar proyectos de intervención y a los niños, niñas y a sus familias de la parroquia de Machángara.

Los resultados servirán para la creación de nuevas políticas de prevención e intervención en el Primer Nivel de Atención que se emplearan en las familias, y en la comunidad, para establecer mecanismos adecuados de involucramiento y apropiación de los individuos y familias, en la capacidad de tomar decisiones y llevar a cabo acciones que les permita superar sus problemas y necesidades.



Universidad de Cuenca

Los resultados beneficiarán en el ámbito social y económico a la población en general al generar cambios en los hábitos de vida familiar que controlen el avance de enfermedades crónicas como la obesidad y para mejorar la salud de las personas y aumentar su calidad de vida.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. LA OBESIDAD

2.1.1. Definición de obesidad

“Es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial en la que existe una acumulación anormal o excesiva de grasa, en relación con la edad, sexo y talla”.(14) Existe un balance energético positivo durante un largo tiempo, que produce que el tejido adiposo en las personas obesas represente más del 20% del peso corporal. (13)(14)(15)

2.1.2. Etiología de la obesidad

La etiopatogenia es multifactorial en un 98%, involucra factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales.(14)(16)(17)

La genética es la que da una mayor facilidad de acumular la energía en forma de grasa tisular y una menor facilidad para liberarla en forma de calor, esto significa que tienen una elevada eficiencia energética en las personas obesas. Entonces el gasto energético de una persona es menor a la energía que consume, lo que si persiste por un tiempo prolongado, nos da un balance energético positivo y con la consiguiente acumulación de grasa.(14)(15)(16)

Además si esto se asocia a factores psicosociales y ambientales tales como: malos hábitos de alimentación, estilos de vida sedentarios y esto relacionado con la disponibilidad de alimentos, con la influencia cultural y social, son los que determinan el sobrepeso y la obesidad.(14)(15)(16)

2.1.3. Consecuencias de la obesidad

Las consecuencias son complicaciones metabólicas, cardiovasculares y endócrinas. El síndrome metabólico que se caracteriza por la asociación de



Universidad de Cuenca

hiperinsulinemia, insulinoresistencia, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2; hay un aumento de la enfermedad arterioesclerótica cardiovascular, complicaciones respiratorias como la apnea del sueño, y complicaciones osteoarticulares. La mortalidad en la edad adulta se incrementa y quedan las secuelas psicosociales: burlas y marginación. La repercusión es en toda la economía, con alteración de los diferentes subsistemas: estado, sociedad, escuelas, familias y a nivel personal.(7)(14)(18)

2.1.4. Diagnóstico

El método diagnóstico se basa en estándares internacionales elaborados por expertos de la OMS (International Obesity Task Force), es el índice de masa corporal (IMC) para la edad y sexo, se calcula el peso (Kg) dividido por la talla al cuadrado (m²). El sobrepeso es IMC > al percentil 85 para el sexo y edad, la obesidad es IMC > al percentilo 95 para la edad y sexo. (14)(15)(16)(18)

2.2. LA FAMILIA

2.2.1. Definición de familia

Según los sociólogos la familia, es el grupo social primario de una sociedad de la que forman parte y a la que pertenecen, ésta provee las características materiales, genéticas, educativas y afectivas a cada miembro.(19)

Von Bertalanffy define a la familia como *“un sistema, en donde los miembros están en constante interacción, tienen una finalidad en común y coexisten dentro de otros subsistemas: uno macro (sociedad) y otros micro (conyugal, paternal, fraternal), y se relacionan a través del intercambio de información”*.(20)(21)(22)

2.2.2. Definición de estructura familiar

Salvador Minuchín asevera que *“dentro de la estructura familiar, las necesidades funcionales de los miembros de una familia determinan la manera de organizarse, y de interactuar entre ellos, que mediante negociaciones en un contexto y momento determinado regulan las conductas de los miembros de una familia”*. Esto hace que se marquen



Universidad de Cuenca

pautas acerca ¿de qué manera?, ¿cuándo? y ¿con quién relacionarse?; que están dadas por la organización familiar, sus experiencias, y las reglas de la sociedad.(21)(23)(24)

Según la estructura la tipología familiar puede ser:

- Familia nuclear: madre, padre, e hijos.
- Familia extensa: madre, padre, hijos, y abuelos.
- Familia monoparental: solo padre o madre e hijos.
- Familia biparental: están presentes los dos padres e hijos.
- Familia reconstituida: formada por una persona viuda o divorciada con o sin hijos, que se une a otra persona con o sin hijos.(19)

2.2.3. Definición de funcionalidad familiar

Duvall dice que las funciones familiares son: conservación física, distribución de recursos, división de trabajo, socialización de los miembros de la familia, y reproducción. Según Geyman las funciones familiares incluyen: socialización, cuidado, afecto, reproducción, status.(19)(23)(25)

El instrumento para diagnosticar la funcionalidad familiar, es el test de FF-SIL, a través de la percepción de uno de los miembros de la familia, en el test se valora diferentes categorías:

- Cohesión es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones.
- Armonía es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales y de la familia.
- Comunicación es la capacidad de transmitir sus conocimientos y experiencias en forma clara y directa.
- Adaptabilidad es la capacidad para acomodarse cambiando los roles y reglas frente a una situación determinada.
- Afectividad son los sentimientos y emociones que experimentan los miembros de una familia.
- Roles son las funciones que cumple cada uno de los miembros de la familia.
- Permeabilidad es la capacidad de dar y recibir experiencias



Universidad de Cuenca

Además esta conformada por catorce preguntas, con una escala de calificación de 1 a 5 puntos, cuya suma define como familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.(25)(26)

2.3. RELACIÓN ENTRE FAMILIA, SOBREPESO Y OBESIDAD

2.3.1. Genética

El sobrepeso y la obesidad tienen una base genética, existe un mayor riesgo para los hijos si ambos padres tienen obesidad alrededor del 69 al 80%, el riesgo desciende a 41 a 50% si solo un padre es el que tiene obesidad, y es aún más bajo, 9%, si los padres no son obesos. (14)(16)

El nivel del índice de masa corporal es atribuible en un 70% a factores genéticos y existe una correlación entre el índice de masa corporal de los padres e hijos mayores de 7 años.(27)(28)

2.3.2. Factores psicosociales

Los factores psicosociales que se asocian a obesidad en los niños escolares son los siguientes:

- niñez entre 6 y 7 años y la adolescencia (2)(29)
- antecedentes familiares de obesidad en alguno de los progenitores (14)(16)(18)(28)
- pertenecer a una familia monoparental (4)
- haber sufrido acontecimientos vitales estresantes (2)(6)(30)(31)
- tener una red social escasa (6)
- formar parte de una familia disfuncional. (32)

El estilo protector de los padres también se asocia con exceso de peso, el estilo democrático se asocia con estado nutricional normal, y los estilos autoritario y negligente se asociaron con malnutrición por exceso o por déficit ($p < 0,05$), por todo lo antes mencionado deberíamos pensar en la prevención desde estos factores familiares. (9)(11)(33)

2.3.3. Ambiente familiar

El ambiente familiar es importante en las prácticas alimentarias y durante el ejercicio físico que realicen los miembros de la familia, como:

- El destete temprano del lactante (14)



Universidad de Cuenca

- Insuficiente lactancia materna (6)(14)
- La cantidad y composición de la dieta familiar (6)(34)
- La voracidad (14)
- La oferta de alimentación con alternativas según el gusto (5)(30)
- La actitud de reforzamiento alimentario (30)
- La ingesta como respuesta de complacencia (30)
- Malos hábitos alimenticios como ausencia del desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en la noche, comer muy rápido (14)
- Nivel educativo de la madre o de la persona que prepara los alimentos (6)
- Ingestión de alimentos con alto contenido de grasa o azúcares simples (2)(6)(14)(30)(31)
- El sedentarismo o la falta de prácticas deportivas al aire libre (2)(6)(14)(16)(28)(29)(30)(31)
- Pasan la mayoría del tiempo frente a un televisor, y practicando video juegos (2)(6)(14)(16)
- Falta de percepción de la madre del sobrepeso en los niños (14)
- Incapacidad de los padres de poner límites a los malos hábitos alimenticios, ya que lo utilizan como una herramienta para premiar o castigar.(2)(14)

2.3.4. Factores ambientales

Existen factores ambientales que predisponen a la obesidad como la calidad alimentaria de los comedores o bares escolares, la educación alimentaria y nutricional escasa y con la presión mediática que fomentan la malnutrición.(7)(28)

2.3.5. Entorno social

El consumo de alimentos con mucha grasa, el urbanismo y los medios de comunicación llevan al sedentarismo, el uso de la televisión, computadoras, el internet, el transporte como los ascensores y vehículos también propenden el sedentarismo; además la permanencia en lugares pequeños provoca estrés y alimentación compulsiva; lo propio sucede con la publicidad de comidas y bebidas que invitan al exceso.(7)(27)



Universidad de Cuenca

2.3.6. Riesgo familiar

Vulnerabilidad es el grado estimado de daño que puede sufrir un individuo, familia o comunidad, como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de variada intensidad y que puede cuantificarse.(35) Riesgo familiar es la evaluación y clasificación del grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo a factores de riesgo, se utiliza para planificar las visitas domiciliarias, implementar acciones de vigilancia de salud y comprender sobre las vulnerabilidades de las familias atendidas. (36)

El instrumento se encuentra en la ficha familiar del Ministerio de Salud Pública, éste valora el riesgo biológico (esquema de vacunación, malnutrición, enfermedades crónicas, discapacidades, enfermedades mentales y embarazos con problemas), el riesgo sanitario (agua, alcantarillado, eliminación de basura, contaminación ambiental y animales intradomiciliarios), y el riesgo socioeconómico (pobreza, empleo del jefe de familia, instrucción del jefe de familia, adicciones y violencia intrafamiliar, desestructuración familiar, y hacinamiento).

2.4. PERCEPCIONES

2.4.1. Percepciones de los padres o cuidadores sobre el sobrepeso y obesidad de sus hijos.

La percepción en psicología se ha definido como un proceso cognitivo que ocurre a nivel consciente e inconsciente y su característica es la elaboración de juicios mediante el reconocimiento, la interpretación y significación de las sensaciones que las personas obtienen de su entorno o realidad.(37)

La importancia de las percepciones de un individuo con respecto a la realidad, es porque influyen en las acciones que tomen para lograr una conducta deseada. Si existe una percepción adecuada de la madre sobre las realidades y de los problemas que conllevan la obesidad, permitirán una participación activa en los cambios de actitudes individuales y colectivas, para que el tratamiento de un niño con obesidad sea eficaz. (38)(39)

La percepción de la persona de su capacidad de realizar las acciones recomendadas y lograr una conducta deseada, es de gran importancia



Universidad de Cuenca

porque nos permite los cambios de conducta relacionados con los factores de riesgo de la obesidad.(40)

2.4.2. Prácticas alimentarias familiares

Las prácticas alimentarias no son sólo hábitos, sino que son la consecuencia de costumbres y de la cultura que involucra conocer ¿qué se come en la familia?, ¿quién de la familia lo hace?, ¿con quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?. (41)

Las prácticas familiares son un conjunto de comportamientos y actitudes que los padres transmiten a los hijos, formas de ser o estar entre los niños y sus padres que componen una cultura histórica.(42) En la alimentación los padres de familia, influyen y modelan las actitudes y comportamientos de los hijos. (41)

Las prácticas de alimentación están determinadas por los hábitos adquiridos en etapas tempranas de la vida, que se construyen y moldean dentro del contexto social, familiar y económico, en donde vive la persona; y que prevalecen aunque se requieran cambios.(43)

Las prácticas de alimentación es lo que se puede percibir sobre las maneras de alimentarse, los ritos a la hora de comer, la colaboración en la preparación de la comida, que determinan las posibilidades de combinación y ritmos de consumo. (44)

En los niños los hábitos y las costumbres alimenticias son influenciadas por el medio ambiente, estos inician en casa con el aprendizaje a través de sus padres, pero también intervienen factores sociales, económicos y culturales que se van reforzando en la escuela y en el medio en el que vive. (45)

CAPÍTULO III

3.1. HIPÓTESIS

Los factores biopsicosociales tales como un bajo nivel de instrucción de la madre, el estado civil separados o divorciados de los padres, la tipología familiar monoparental, el riesgo familiar biológico, sanitario o socioeconómico positivo, el número de hermanos menor a 2, los antecedentes de sobrepeso u obesidad en los progenitores, el ejercicio no



Universidad de Cuenca

habitual de más de 1 hora al día, el uso de nuevas tecnologías de más de 2 horas al día y la disfuncionalidad familiar están asociadas con el desarrollo de sobrepeso y obesidad en los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia Machángara, durante 2015-2016.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores biopsicosociales, funcionalidad familiar y el sobrepeso y obesidad en los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara, durante 2015-2016.

3.2.2 Objetivos específicos

1. Describir las características generales de las familias del grupo de estudio, tipología familiar, riesgo familiar.
2. Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad
3. Determinar los factores biopsicosociales: edad, género, antecedentes de sobrepeso u obesidad en los progenitores, nivel de instrucción de la madre, estado civil de los padres, ejercicio habitual, uso de nuevas tecnologías y el número de hermanos.
4. Determinar la funcionalidad familiar.
5. Determinar la asociación entre el sobrepeso y obesidad con los factores biopsicosociales y la funcionalidad familiar.
6. Describir las percepciones de los padres o cuidador sobre las prácticas alimentarias familiares, el sobrepeso y la obesidad, y la relación entre éstas.

CAPÍTULO IV

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de tipo transversal, para conocer la prevalencia y los factores biopsicosociales relacionados con el sobrepeso y obesidad; y un estudio cualitativo para describir las percepciones de los padres o cuidador sobre las prácticas alimentarias familiares, el sobrepeso y obesidad, y la relación entre éstas.



Universidad de Cuenca

4.1.2. Área de estudio

El estudio se realizó en las instituciones educativas de la parroquia de Machángara: escuelas Cazadores de los Ríos, Gabriel Cevallos y Mario Rizzini, en donde se encontraron niños comprendidos entre las edades de 5 a 9 años.

4.1.3. Universo y muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple con el programa EPIDAT versión 4.1, partiendo de un universo de 862 niños de 5 a 9 años de ambos géneros en las escuelas Cazadores de los Ríos, Gabriel Cevallos y Mario Rizzini, para una proporción esperada de la prevalencia de obesidad de 8,6%(10,11), una precisión del 3%, con un intervalo de confianza del 95%, con una muestra de 242 más el 10% de los casos de no respuesta, la muestra fue de 266 niños distribuidos en las tres instituciones educativas de las comunidades de la parroquia en forma porcentual, en la escuela Cazadores de los Ríos tenía 189 niños de 5 a 9 años, equivalido a 21,92% y su muestra fue de 58 niños, la escuela Gabriel Cevallos tenía 304 niños de 5 a 9 años equivalido a 35,26% y su muestra fue de 94 niños, y la escuela Mario Rizzini tenía 369 niños de 5 a 9 años, equivalido a 42,82% y su muestra fue de 114 niños.

4.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Participación voluntaria y autorizada por escrito de los padres del niño, y todos los niños comprendidos entre las edades de 5 a 9 años.

Criterios de exclusión:

Niños con discapacidad que no pudieron ser pesados o medidos.

4.1.5. Jerarquización de variables

Variable dependiente: sobrepeso y obesidad.

Variable independiente: nivel de instrucción de la madre, estado civil de los padres, ocupación del padre de familia, tipología familiar, el riesgo familiar, el número de hermanos, edad, género, antecedente de sobrepeso u obesidad en sus progenitores, ejercicio habitual, uso de nuevas tecnologías y funcionalidad familiar.



4.1.5.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	Definición de la variable	Dimensión	Indicador	Escala
Nivel de instrucción de la madre o cuidador del niño	Grado de formación académica / escolaridad Variable nominal	Escolaridad	último año aprobado	Analfabeto, Primaria, Primaria Incompleta, Secundaria, Secundaria Incompleta Superior, Superior Incompleta.
Estado civil de los padres o cuidador	Estado civil de los padres de las familias en estudio Variable nominal	Relación legal	Cédula	Soltero, Casado, Unión Libre, Divorciado, Separado
Tipología familiar por la presencia de los padres	Caracterizar a las familias según la presencia de los padres Variable nominal	Presencia de los padres	Presencia o Ausencia de los padres y otro familiar	Biparental, Monoparental, Extensa con delegación de roles
Número de hermanos	Número de hermanos que convive en el mismo domicilio Variable ordinal	Numero	Presencia o ausencia de hermanos	Ninguno, 1 a 2, +3
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual. Variable ordinal	Tiempo en años y meses	Años y meses cumplidos a la fecha de la encuesta	5 a 5 años 11 meses 6 a 6 años 11 meses 7 a 7 años 11 meses 8 a 8 años 11 meses 9 a 9 años 11 meses
Género	Condición orgánica que diferencia entre hombre y mujer Variable nominal	Fenotipo	Características sexuales secundarias	Hombre Mujer
Antecedente familiar de obesidad	Progenitores que hayan presentado o presenten sobrepeso y obesidad Variable nominal	Padres con antecedentes	Presencia de sobrepeso y obesidad en padres	Padre, Madre, Ambos, Ninguno
Tipología según la Estructura familiar	Caracterizar las familias según su estructura Variable nominal	Clasificación según la Estructura	Según familiograma	Familia extensa Familia nuclear Personas sin familia Equivalentes familiares Familia corporativa Familia ampliada
Estado nutricional	Condición de salud establecida en la relación pondero-estatural e índice biométrico Variable ordinal	Relación pondero-estatural Índice de masa corporal: $IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$ según edad y sexo	Curvas de crecimiento IMC para niños y niñas entre 5 a 19 años en Percentiles de la OMS	Desnutrición $P < 15$ Peso adecuado entre $P > 15$ y $P < 85$ Sobrepeso $P > 85$ Obesidad $P > 97$
Ejercicio habitual	Practica de algún tipo de ejercicio deportivo habitualmente Variable ordinal	Frecuencia y espacio de tiempo	Tiempo de ejercicio	Todos los días 3 habitualmente (mas de tres veces por semana) 2 De ves en cuando



				(menos de 3 veces por semana) 1 Nunca 0
Uso de nuevas tecnologías	Uso de forma habitual de videoconsolas, portátiles o fijos, ordenadores, teléfonos de última generación Variable ordinal	Frecuencia y espacio de tiempo	Tiempo de uso	Todos los días 3 habitualmente (mas de tres veces por semana) 2 De vez en cuando (menos de 3 veces por semana) 1 Nunca 0
Riesgo Familiar	Característica o condición biológica, sanitaria y socioeconómica cuya existencia en las familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.	Presencia de alguno de los Riesgo Biológico Riesgo Sanitario Riesgo Socio-económico	el formulario de Riesgo familiar de la ficha familiar del MSP.	Biológico SI NO Sanitario SI NO Socioeconomico SI NO
Funcionalidad familiar	El principal papel social de la familia es de proveer individuos productivos como seres humanos en una convivencia social. Variable nominal	Evaluación de las relaciones intrafamiliares en los aspectos de: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles, permeabilidad.	Test de FF-SIL para evaluar funcionalidad familiar	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional

4.2. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.2.1. Estudio Cuantitativo

4.2.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad

Medición del peso: se utilizó una báscula portátil, calibrada, se inició en cero, y se procedió a colocar al niño en la parte central de la báscula de espaldas a la pared, totalmente derecho, descalzo y los pies con los talones juntos.

Medición de talla: se colocó en el estadiómetro, al niño descalzo y se retiró cualquier objeto que traiga en la cabeza, como pasadores, moños, etc., se midió de pie, de espaldas a la pared y en plano de Frankfurt (horizontal nariz-trago). Siempre y cuando los padres hayan firmado la autorización por escrito de los niños incluidos en el estudio. (Anexo 1)

Con los datos de talla y peso, se procedió a obtener el IMC y se relacionó de acuerdo a la edad y al género con las tablas desarrolladas por OMS/MSP (Anexo 2), obteniendo el estado nutricional de los niños del estudio.



Universidad de Cuenca

4.2.1.2. Características generales de las familias y factores biopsicosociales

Se realizó entrevistas a los padres o cuidadores de los niños del grupo de estudio, se utilizó un formulario de donde se obtuvo los datos de identificación de las características generales de la familia y factores biopsicosociales (nivel de instrucción de la madre, estado civil de los padres, tipología familiar por su estructura y por la presencia de los padres, edad, género, antecedente de sobrepeso u obesidad en los progenitores, número de hermanos, ejercicio habitual, uso de nuevas tecnologías). Además se incluyó en el formulario el riesgo familiar de la ficha familiar del MSP, que constaba de 18 ítems, dividido en tres secciones denominadas riesgo biológico, riesgo sanitario y riesgo socioeconómico. (Anexo 3)

4.2.1.3. Funcionalidad familiar

Se utilizó el test de funcionalidad familiar FF-SIL, en los padres o cuidador de los niños del grupo de estudio, el test fue una prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares, incluyó siete procesos: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad, estuvo conformada por catorce preguntas con una escala de calificación de 1 a 5 puntos, cuya suma nos definió a las familias como: familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales, y severamente disfuncionales. (23)(25)(32)(35)(46)

Este instrumento fue validado en Cuba por Louro Bernal y colaboradores en 1996, y por Graciela Núñez Martínez quien validó el instrumento con el alfa de Crombach de 0,91. (26) (Anexo 4)

4.2.2. Estudio Cualitativo

4.2.2.1. Cualitativa - fenomenológico: Técnica de recolección de los datos: testimonio (entrevista a profundidad). Se eligió al cuidador principal de un niño que tenga sobrepeso u obesidad. Previo consentimiento, el registro se realizó mediante grabación y luego se transcribió a documentos Microsoft Word (Anexo 5). El análisis de resultados se realizó por el proceso progresivo de codificación (abierto, axial-selectivo, teorización), se realizó



Universidad de Cuenca

bajo las dimensiones de percepciones de los padres o cuidador sobre las prácticas alimentarias familiares, el sobrepeso y obesidad, y la relación entre éstas categorías.(38) (Anexo 6)

4.2.2.2. Categorías conceptuales

1. Percepción de los padres sobre la salud, sobrepeso y obesidad: se conoció la impresión consciente de los padres sobre niño sano, obesidad, sobrepeso, aspecto físico, comentarios de la familia hacia los niños gorditos, de donde obtuvieron la información sobre lo que debieron comer, y que han escuchado sobre la obesidad infantil.

2. Prácticas de alimentación familiares de los padres: se identificó los modelos tradicionales que los padres vivieron en su infancia, la comida consumida, las costumbres, momentos de la comida en la familia y en que se parece a la que consume ahora.

3. Prácticas de alimentación familiares actuales: se identificó la manera o ejemplo de los padres sobre la alimentación dentro y fuera de casa, como alimentan a sus hijos, alimentos permitidos y prohibidos.

4. Percepción del sobrepeso y obesidad como un problema: se conoció como los padres ven a los niños obesos, los problemas que puede ocasionar, como la combaten o que haría si su hijo tuviera obesidad.

4.3. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

4.3.1. Estudio cuantitativo

Las variables de naturaleza categóricas y también las que fueron categorizadas se presentaron en tablas de distribución de frecuencias. Se obtuvo la prevalencia de los diferentes factores de riesgo y su respectivo intervalo de confianza al 95% y la asociación se determinó con la razón de prevalencia (RP), su respectivo intervalo de confianza y el valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó en el Software SPSS versión 20.



Universidad de Cuenca

4.3.2. Estudio cualitativo

En lo cualitativo la entrevista a profundidad fue transcrita lo más cercana a la realidad expresada, sin que en esta etapa se agreguen u omitan características especiales utilicé el procesador Word, de acuerdo al formato txt para el análisis del mismo utilicé el programa Atlas Ti 6.2. Para la fase de codificación o categorización inductiva, se fraccionó la información en subgrupos y se asignaron un nombre o un código de acuerdo a: percepción de los padres sobre salud, sobrepeso y obesidad, prácticas alimentarias familiares de los padres y las actuales, percepción del sobrepeso y obesidad como un problema. Se identificó los patrones específicos de cada una de las categorías y luego se realizó el análisis en función de la hipótesis y los objetivos planteados.

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

Se pidió a todos los participantes del estudio el consentimiento informado verbal y escrito. Se solicitó el aval del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas dándoles a conocer las características del estudio.

En ningún momento se utilizó los datos para otros fines que no sean el estipulado en este estudio. No se tomaron los nombres de los implicados al momento de la publicación o de la presentación de los resultados garantizando el anonimato. Además la investigación no representó riesgo para el niño/a, ni costo económico para los padres o la familia.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Sección cuantitativa

5.1.1. Características Biopsicosociales

Tabla 1. Distribución por características sociodemográficas de las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Variables	Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)	
Edad en años	5 años	38	14,2%
	6 años	63	23,6%
	7 años	76	28,5%
	8 años	54	20,2%
	9 años	36	13,5%



Universidad de Cuenca

Género	Masculino	127	47,6%
	Femenino	140	52,4%
Instrucción de la madre	Analfabeto	3	1,1%
	Primaria incompleta	31	11,6%
	Primaria completa	39	14,6%
	Secundaria incompleta	61	22,8%
	Secundaria completa	86	32,2%
	Superior incompleta	26	9,7%
	Superior completa	21	7,9%
	Posgrado	0	0,0%
	Estado civil de los padres	Soltero	17	6,4%
Unión Libre		72	27,0%
Casado		147	55,1%
Separado		20	7,5%
Divorciado		11	4,1%
Viudo		0	0,0%
Número de hermanos	Ninguno	36	13,5%
	Uno o dos	153	57,3%
	Tres o más	78	29,2%
Antecedente familiar sobrepeso u obesidad	Ninguno	222	83,1%
	Madre o padre	35	13,1%
	Ambos padres	10	3,7%
Actividad física más de una hora al día	Nunca	39	14,6%
	De vez en cuando	137	51,3%
	Habitualmente	47	17,6%
	Todos los días	44	16,5%
Uso de tecnología nueva más de dos horas al día	Nunca	21	7,9%
	De vez en cuando	113	42,3%
	Habitualmente	67	25,1%
	Todos los días	66	24,7%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

Del total de la muestra estudiada (267 niños y sus familias), el grupo de edad más frecuente incluido en el estudio, fue el de 7 años, representando el 28,5%, seguido de los niños con 6 y 8 años con menor frecuencia. En cuanto al género, el 52,4% de los niños fueron de sexo femenino.

En relación al nivel de instrucción de las madres de los niños, los grupos más representativos resultaron los de secundaria completa e incompleta, con el 32,2% y el 22,8% respectivamente. Se observó que más de la mitad de los padres, 55,1% se encontraban casados, seguido en frecuencia por el estado civil unión libre.

Un 57,3% de los niños tenían uno o dos hermanos, en tanto que, el 29,2% tenían tres o más hermanos. Un total de 16,8% de los niños, presentaron antecedentes de sobrepeso u obesidad, en uno o los dos padres.



Universidad de Cuenca

Más de la mitad de los niños no realizaban ejercicio físico de más de 1 hora al día con regularidad, solamente un 17,6% realizaba actividad física habitualmente y un 16,5% lo realizaba todos los días. Y un 25,1% de los niños utilizaban habitualmente las nuevas tecnologías más de 2 horas al día; y un 24,7% lo utilizaba más de 2 horas todos los días.

5.1.2. Tipos de familia y riesgo familiar

Tabla 2. Distribución por tipos de familia y riesgos en el hogar de las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Tipos de familia y riesgo familiar		Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)
Tipo de familia por la presencia de los padres	Monoparental	45	16,9%
	Biparental	217	81,3%
	Extensa con delegación de roles	3	1,1%
	Reestructurada	2	0,7%
Tipo de familia por su estructura	Familia Nuclear	197	73,8%
	Familia extensa	68	25,5%
	Familia ampliada	2	0,7%
	Familia corporativa	0	0,0%
	Equivalentes familiares	0	0,0%
Riesgo biológico en la Familia	Si	125	46,8%
	No	142	53,2%
Riesgo sanitario en la Familia	Si	55	20,6%
	No	212	79,4%
Riesgo socioeconómico en la Familia	Si	100	37,5%
	No	167	62,5%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

Según lo observado en la tabla 2: el tipo de familia biparental fue el que con más frecuencia se presentó en el grupo de estudio, con el 81,3%; en tanto que, el tipo de familia monoparental constituyó el 16,9%. De acuerdo a la estructura, la familia nuclear fue la más representativa, con el 73,8%; seguido de la familia extensa, con el 25,5%.

Además se encontró que, dentro de las familias de los niños incluidos en el estudio, el 46,8% presentaron riesgos biológicos, un 20,6% tuvieron riesgos sanitarios y un 37,5% mostraron riesgos socioeconómicos en los hogares.



Universidad de Cuenca

Tabla 3. Distribución por riesgos en el hogar según formulario del MSP de las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Áreas	Ítems		Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)
RIESGO BIOLÓGICO	Vacunación incompleta	Si	12	4,5%
		No	255	95,5%
	Malnutrición, sobrepeso u obesidad	Si	50	18,7%
		No	217	81,3%
	Enfermedades de impacto	Si	79	29,6%
		No	188	70,4%
	Embarazadas con problemas	Si	7	2,6%
		No	260	97,4%
	Discapacidad física o intelectual	Si	26	9,7%
		No	241	90,3%
Problemas mentales	Si	5	1,9%	
	No	262	98,1%	
RIESGO SANITARIO	Agua insegura	Si	10	3,7%
		No	257	96,3%
	Mala eliminación basura y excretas	Si	3	1,1%
		No	264	98,9%
	Mala eliminación desechos líquidos	Si	1	0,4%
		No	266	99,6%
	Impacto ecológico por industrias	Si	24	9,0%
		No	243	91,0%
Animales intradomiciliarios	Si	25	9,4%	
	No	242	90,6%	
RIESGO SOCIOECONOMICO	Pobreza	Si	40	15,0%
		No	227	85,0%
	Desempleo o empleo informal	Si	51	19,1%
		No	216	80,9%
	Analfabetismo del padre o madre	Si	19	7,1%
		No	248	92,9%
	Desestructuración familiar	Si	22	8,2%
		No	245	91,8%
	Violencia, alcoholismo o adicciones	Si	15	5,6%
		No	252	94,4%
Malas condiciones de vivienda	Si	9	3,4%	
	No	258	96,6%	
Hacinamiento	Si	24	9,0%	
	No	243	91,0%	

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

Como se observó en la sección de riesgos biológicos el 29,8% de los hogares existía enfermedades de impacto; además un 18,7% de las familias presentan malnutrición, sobrepeso u obesidad.



Universidad de Cuenca

En la sección de riesgos sanitarios, el 9,4% de los hogares, hubo la presencia de animales intradomiciliarios y en el 9,0% de las familias consideran que existía impactos ecológicos por la presencia de industrias.

En lo que respecta a los riesgos socioeconómicos, el 19,1% de los hogares se evidenció desempleo o empleo informal; y en menor frecuencia se encontró la pobreza y el hacinamiento.

5.1.3. Estado nutricional

Tabla 4. Distribución por estado nutricional de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara según las curvas de crecimiento de la OMS/MSP.

Estado nutricional		Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)
Estado Nutricional según curvas IMC según edad y sexo de OMS	Desnutrición	32	12,0%
	Peso adecuado	155	58,1%
	Sobrepeso	47	17,6%
	Obesidad	33	12,4%

*Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias*

Pudimos determinar que al clasificar a los niños en base a las curvas de crecimiento de la OMS/MSP, que correlacionan el IMC con la edad y sexo, se encontró, un 12% de desnutrición, 17,6% de sobrepeso y un 12.4% tuvieron obesidad.

5.1.4. Funcionalidad familiar

Tabla 5. Distribución por funcionalidad familiar en las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara según el Test de Funcionalidad Familiar FF-SIL.

Funcionalidad familiar		Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)
Funcionalidad familiar	Familia funcional	145	54,3%
	Familia moderadamente funcional	108	40,4%
	Familia disfuncional	13	4,9%
	Familia severamente disfuncional	1	0,4%

*Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias*



Universidad de Cuenca

Al clasificar a las familias en base al test de funcionalidad familiar FF-SIL, se determinó que el 54,3% de los hogares fueron funcionales; el 40,4% fueron familias moderadamente funcionales y en menor frecuencia hogares disfuncionales y severamente disfuncionales con el 4,9% y 0,4% respectivamente.

Tabla 6. Distribución por función familiar del Test de funcionalidad familiar FF-SIL en las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Funciones de la familia		Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)
Esta afectada la cohesión	Si	39	14,6%
	No	228	85,4%
Esta afectada la comunicación	Si	47	17,6%
	No	220	82,4%
Esta afectado los roles	Si	43	16,1%
	No	224	83,9%
Esta afectada la armonía	Si	22	8,2%
	No	245	91,8%
Esta afectada la afectividad	Si	8	3,0%
	No	259	97,0%
Esta afectada la adaptabilidad	Si	48	18,0%
	No	219	82,0%
Esta afectada la permeabilidad	Si	60	22,5%
	No	207	77,5%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

Como se observó al dividir por funciones familiares a la funcionalidad familiar, se vio que la función familiar más afectada fue la permeabilidad con el 22,5%; seguido de la adaptabilidad y comunicación afectadas en un 18,0% y 17,6% respectivamente; y las funciones familiares menos afectadas fueron la afectividad y la armonía.

Tabla 7. Distribución por cada Ítems del Test FF-SIL que valora funcionalidad familiar en las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Ítems		Frecuencia (n = 267)	Porcentaje (100%)
De conjunto se toman decisiones para cosas importantes de la familia	Casi nunca	8	3,0%
	Pocas veces	19	7,1%
	A veces	47	17,6%
	Muchas veces	67	25,1%
	Casi siempre	126	47,2%



Universidad de Cuenca

En mi casa predomina la armonía	Casi nunca	2	0,7%
	Pocas veces	14	5,2%
	A veces	46	17,2%
	Muchas veces	99	37,1%
	Casi siempre	106	39,7%
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades	Casi nunca	4	1,5%
	Pocas veces	14	5,2%
	A veces	46	17,2%
	Muchas veces	88	33,0%
	Casi siempre	115	43,1%
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	Casi nunca	3	1,1%
	Pocas veces	1	0,4%
	A veces	20	7,5%
	Muchas veces	91	34,1%
	Casi siempre	152	56,9%
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	Casi nunca	1	0,4%
	Pocas veces	18	6,7%
	A veces	44	16,5%
	Muchas veces	92	34,5%
	Casi siempre	112	41,9%
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	Casi nunca	7	2,6%
	Pocas veces	13	4,9%
	A veces	59	22,1%
	Muchas veces	88	33,0%
	Casi siempre	100	37,5%
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	casi nunca	10	3,8%
	Pocas veces	19	7,1%
	A veces	70	26,3%
	Muchas veces	75	28,2%
	Casi siempre	92	34,6%
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	Casi nunca	6	2,2%
	Pocas veces	14	5,2%
	A veces	42	15,7%
	Muchas veces	61	22,8%
	Casi siempre	144	53,9%
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado	Casi nunca	10	3,7%
	Pocas veces	27	10,1%
	A veces	55	20,6%
	Muchas veces	74	27,7%
	Casi siempre	101	37,8%
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	Casi nunca	9	3,4%
	Pocas veces	28	10,5%
	A veces	100	37,6%
	Muchas veces	72	27,1%
	Casi siempre	57	21,4%
Podemos conversar diversos temas sin temor	Casi nunca	8	3,0%
	Pocas veces	23	8,6%
	A veces	54	20,2%
	Muchas veces	93	34,8%
	Casi siempre	89	33,3%
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	Casi nunca	12	4,5%
	Pocas veces	25	9,4%
	A veces	72	27,0%



Universidad de Cuenca

	Muchas veces	77	28,8%
	Casi siempre	81	30,3%
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	Casi nunca	6	2,2%
	Pocas veces	7	2,6%
	A veces	29	10,9%
	Muchas veces	101	37,8%
Nos demostramos el cariño que nos tenemos	Casi siempre	124	46,4%
	Casi nunca	2	0,7%
	Pocas veces	4	1,5%
	A veces	10	3,7%
	Muchas veces	66	24,7%
	Casi siempre	185	69,3%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

Se observó que en un 47,2% de las familias tomaron decisiones en conjunto casi siempre, el 39,7% refiere que en su hogar casi siempre predominó la armonía, en un 43,1% de los hogares cada uno cumplió con sus responsabilidades, en el 56,9% casi siempre hubieron manifestaciones cotidianas de cariños, el 41,9% pudieron expresarse sin insinuaciones, el 37,5% de los hogares aceptaron casi siempre los defectos de los demás, en el 34,6% tomaron en cuenta experiencias de otras familias para resolver sus conflictos, en el 53,9% de las familias existió apoyo cuando un miembro tenía conflictos.

Además se encontró que el 37,8% de familias casi siempre se distribuyeron equitativamente las tareas del hogar, en el 21,4% de los hogares casi siempre se pudo modificar costumbres por situaciones eventuales, el 27,1% refiere que muchas veces realizaron éstas modificaciones. En lo referente a conversar temas sin temor en el hogar, el 33,3% casi siempre lo realizaron, en el 30,3% de las familias, casi siempre ante una situación familiar difícil, buscaron ayuda en otras personas, en el 46,4% de los hogares casi siempre se respetaron los intereses y necesidades de cada miembro. Hasta un 69,3% de las familias casi siempre se demostraron el cariño que se tienen.



5.1.5. Factores asociados

Tabla 8. Factores biopsicosociales en relación al sobrepeso y obesidad en los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Factores biopsicosociales		Sobrepeso y Obesidad				p valor	RP (IC 05%)
		Sí (n = 80)		No (n = 187)			
		f	%	f	%		
Grupos edad	8 a 9 años	33	36,7%	57	63,3%	0,088	1,160 (0,968 - 1,389)
	5 a 7 años	47	26,6%	130	73,4%		
Género	Femenino	42	30,0%	98	70,0%	0,989	1,001 (0,856 - 1,171)
	Masculino	38	29,9%	89	70,1%		
Nivel de instrucción de la madre	Alto	59	30,4%	135	69,6%	0,794	1,024 (0,861 - 1,217)
	Bajo	21	28,8%	52	71,2%		
Estado civil de los padres	Con pareja	66	30,1%	153	69,9%	0,894	1,014 (0,829 - 1,240)
	Sin pareja	14	29,2%	34	70,8%		
Número de hermanos	Hasta 2	65	34,4%	124	65,6%	0,014*	1,788 (1,089 - 2,936)
	Más de 2	15	19,2%	63	80,8%		
Antecedente familiar sobrepeso/obesidad	Sí	17	37,8%	28	62,2%	0,209	1,331 (0,867 - 2,045)
	No	63	28,4%	159	71,6%		
Actividad física más de 1 hora al día	Ninguna o poca	58	33,0%	118	67,0%	0,138	1,363 (0,895 - 2,076)
	Frecuentemente	22	24,2%	69	75,8%		
Uso de tecnología nueva más 2 horas al día	Frecuentemente	41	30,8%	92	69,2%	0,759	1,059 (0,734 - 1,529)
	Nunca o poco	39	29,1%	95	70,9%		

* Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

La obesidad y el sobrepeso es más frecuente en el grupo de 8 a 9 años, con una frecuencia del 36,7%, en comparación con los niños de 5 a 7 años, donde fue del 26,6%, sin embargo, no fue estadísticamente significativa la diferencia encontrada ($p= 0,088$). En las niñas la obesidad y el sobrepeso fue mínimamente superior a los niños, el 30,0% versus el 29,9%, no se observó significancia estadística en la diferencia ($p= 0,989$).

En cuanto a la instrucción mientras más alto fue el nivel alcanzado por la madre de los niños, más frecuente fue la obesidad y el sobrepeso, alcanzando un 30,3% cuando las madres alcanzaban instrucción secundaria o más, sin diferencias significativas con el grupo de menor instrucción ($p= 0,794$). El estado civil de los padres no influyó ($p= 0,894$), en el peso de los niños, fue casi similar la frecuencia de sobrepeso y obesidad.



Universidad de Cuenca

Cuando el número de hermanos fue de 2 o menos, la frecuencia de la obesidad y sobrepeso, fue más, llegó al 34,4% y la diferencia fue estadísticamente significativa ($p= 0,014$), encontrando un riesgo de 1,7 veces mayor de desarrollar obesidad si en la familia había un número de hasta 2 hijos, en comparación con las familias con más de hijos. Si existía antecedentes de obesidad en los padres de familia, era más frecuente la obesidad y el sobrepeso en los niños, con una frecuencia del 37,8%, en contraste con un 28,4% en las familias sin antecedentes, la diferencia no resultó significativa ($p= 0,209$).

También el exceso de peso en los niños fue más frecuente en el grupo con poca actividad física y los que usaban tecnologías de nueva generación, el 33,0% y el 30,8% respectivamente, sin embargo, no se encontró significancia estadística en las diferencias encontradas con los grupos de niños, con buena actividad física ($p= 0,138$), y poco uso de nuevas tecnologías ($p= 0,759$).

Tabla 9. Riesgo familiar y funcionalidad familiar en relación al sobrepeso y obesidad en los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Tipo, riesgo y funcionalidad familiar		Sobrepeso y Obesidad				p valor	RP (IC 05%)
		Sí (n = 80)		No (n = 187)			
		f	%	f	%		
Tipo de familia por la presencia de padres	Monoparental	13	28,9%	32	71,1%	0,863	0,957 (0,580 - 1,578)
	Otras	67	30,2%	155	69,8%		
Tipo de familia por su estructura	Nuclear	60	30,5%	137	69,5%	0,767	1,066 (0,696 - 1,633)
	Otras	20	28,6%	50	71,4%		
Riesgo biológico	Si	42	33,6%	83	66,4%	0,223	1,024 (0,861 - 1,217)
	No	38	26,8%	104	73,2%		
Riesgo sanitario	Si	15	27,3%	40	72,7%	0,625	0,890 (0,552 - 1,433)
	No	65	30,7%	147	69,3%		
Riesgo socioeconómico	Si	35	35,0%	65	65,0%	0,164	1,299 (0,901 - 1,872)
	No	45	26,9%	122	73,1%		
Funcionalidad familiar	Disfuncional	4	28,5%	10	71,5%	0,907	0,951 (0,406 - 2,223)
	Funcional	76	30,1%	177	69,9%		

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

En cuanto a la tipología de la familia, la obesidad en el modelo monoparental, fue menor al comparar con el resto de grupos clasificados de acuerdo a la presencia de los padres, 28,9% versus el 20,2%, no



Universidad de Cuenca

encontrando diferencia estadística significativa ($p=0,863$). Cuando se analizó por la estructura de la familia, el exceso de peso fue mayor en el tipo de familia nuclear, con una frecuencia del 30,5%, sin embargo, la diferencia no fue significativa respecto a los demás tipos de familia ($p= 0,767$).

En relación al riesgo familiar, cuando hay riesgos biológicos y socioeconómicos, la obesidad y el sobrepeso era más frecuente, en cambio ante riesgos sanitarios es menos prevalente el exceso de peso. Tampoco se encontró significancia estadística en las diferencias encontradas ($p> 0,05$) en las 3 variables analizadas.

En relación a la funcionalidad familiar, se encontró que cuando la familia era funcional, la obesidad y sobrepeso era más frecuente que en las familias disfuncionales, 30,1% en comparación con el 28,5%, sin embargo, ésta diferencia, no resultó estadísticamente significativa ($p= 0,907$).

Tabla 10. Funciones de la familia en relación al sobrepeso y obesidad en los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara

Funciones de la familia		Sobrepeso y Obesidad				p valor	RP (IC 05%)
		Sí (n = 80)		No (n = 187)			
		f	%	f	%		
Afectada la cohesión	Si	10	25,6%	29	74,4%	0,524	0,835 (0,473 - 1,475)
	No	70	30,7%	158	69,3%		
Afectada la comunicación	Si	16	34,0%	31	66,0%	0,501	1,170 (0,747 - 1,832)
	No	64	29,1%	156	70,9%		
Afectada los roles	Si	13	30,2%	30	69,8%	0,966	1,011 (0,615 - 1,660)
	No	67	29,9%	157	70,1%		
Afectada la armonía	Si	5	22,7%	17	77,3%	0,439	0,742 (0,336 - 1,641)
	No	75	30,6%	170	69,4%		
Afectada la afectividad	Si	3	37,5%	5	62,5%	0,637	1,261 (0,506 - 3,146)
	No	77	29,7%	182	70,3%		
Afectada la adaptabilidad	Si	14	29,2%	34	70,8%	0,894	0,968 (0,596 - 1,572)
	No	66	30,1%	153	69,9%		
Afectada la permeabilidad	Si	20	33,3%	40	66,7%	0,517	1,150 (0,758 - 1,744)
	No	60	29,0%	147	71,0%		

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Ana Cecilia Gómez Arias

En cuanto a la funciones familiares, se observó que la obesidad y el sobrepeso era más frecuente en los niños de familias donde se encontraban afectadas la comunicación, los roles, la afectividad y la permeabilidad; en



Universidad de Cuenca

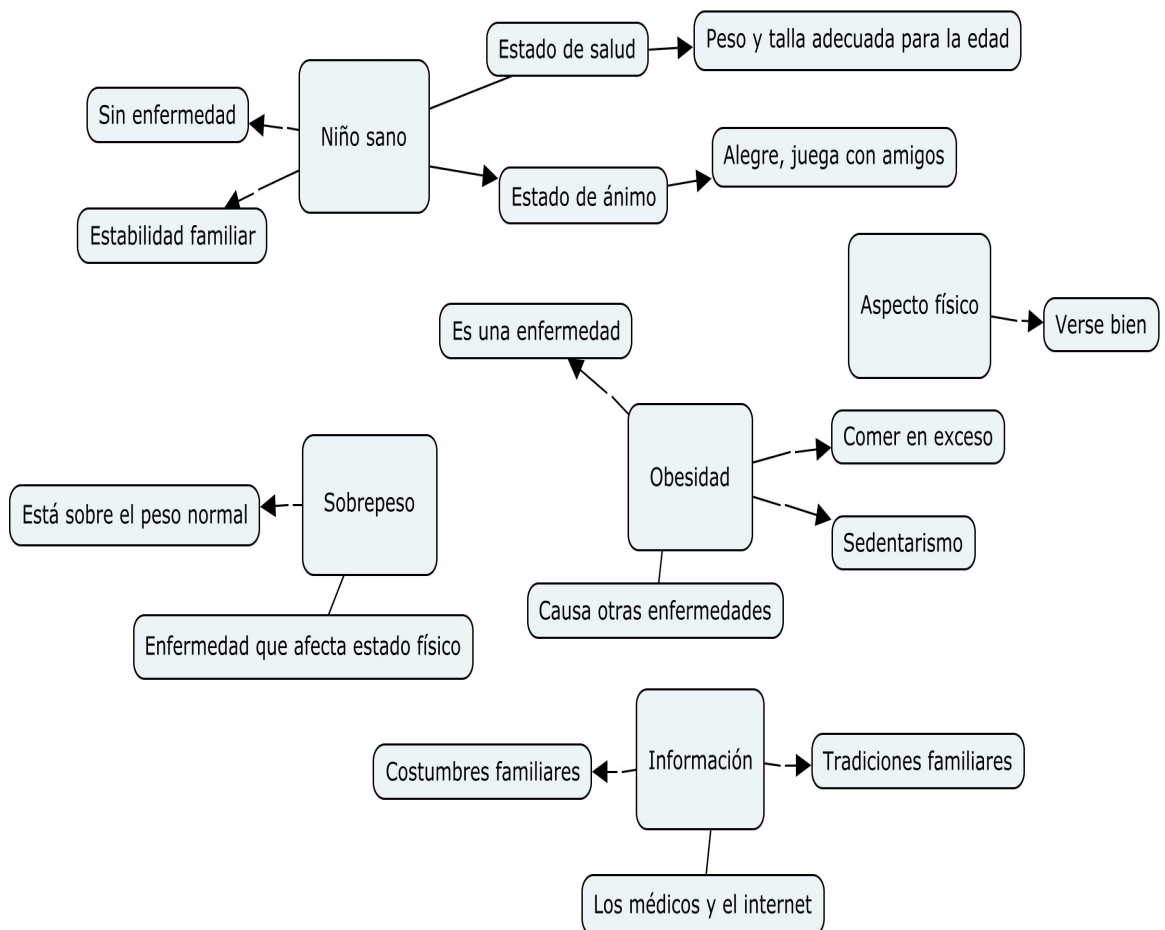
cambio se hacía menos frecuente en la afectación de la cohesión, la armonía y la adaptabilidad. En ninguno de los procesos, las diferencias demostraron significancia estadística ($p > 0,05$).

5.2. Sección cualitativa

Las principales percepciones identificadas de la información recibida de los padres y del comportamiento durante las entrevistas fueron:

5.2.1. Percepción sobre salud, sobrepeso y obesidad

Mapa conceptual N 1. Conceptualizaciones de salud, sobrepeso, obesidad de las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara.



De los tres padres de las familias de la parroquia Machángara entrevistados, todos conceptualizaron de forma adecuada a: niño sano, sobrepeso y



Universidad de Cuenca

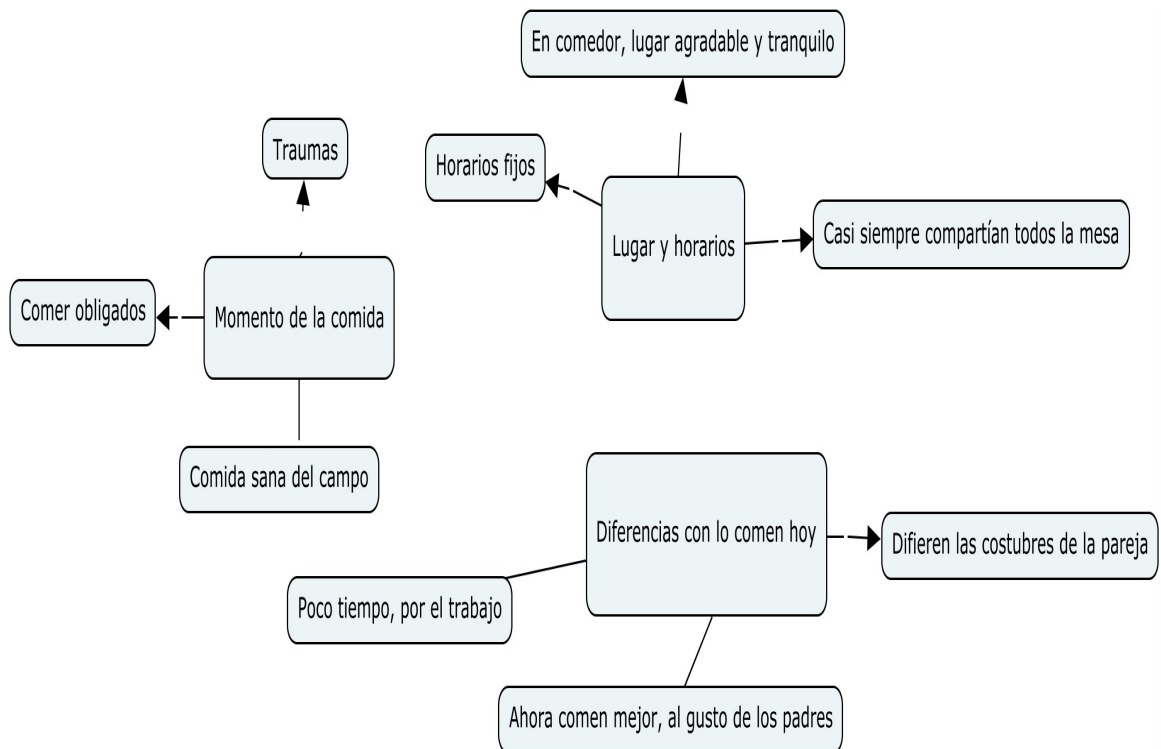
obesidad, y lo relacionaron a factores como mala alimentación, sedentarismo y a la falta de educación en nutrición, puesto que la información que han recibido sobre como alimentarse es parte de sus costumbres y tradiciones familiares que se transmiten a través de las generaciones y que están influenciadas por el medio en el que viven y por la información del internet.

“que un niño gordito con sobrepeso mas que nada o un niño obeso es una enfermedad que no va a poder desempeñarse bien, que no va a poder hacer actividad física que no va a desarrollarse correctamente, que incluso desde la manera de vestir va a tener que cambiar”

(Padre de Daniel)

5.2.2. Prácticas alimentarias familiares de los padres

Mapa conceptual N 2. Prácticas alimentarias familiares de los padres de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara.



En relación a las prácticas de alimentación de los padres durante su infancia, de los tres padres entrevistados, uno de ellos identifica al momento



Universidad de Cuenca

de la comida como un trauma porque fue obligado a comer alimentos que no le gustaban; y dos de los padres percibieron al momento de la comida como agradable, tranquilo y se alimentaban con comida sana obtenida del campo, con horarios fijos, y casi todos los miembros de la familia presentes; y los tres padres percibieron que si difiere este momento, de la manera de comer actual, porque sus parejas han tenido costumbres diferentes a las de ellos, porque los dos padres trabajan, y tienen poco tiempo para la preparación y para alimentarse.

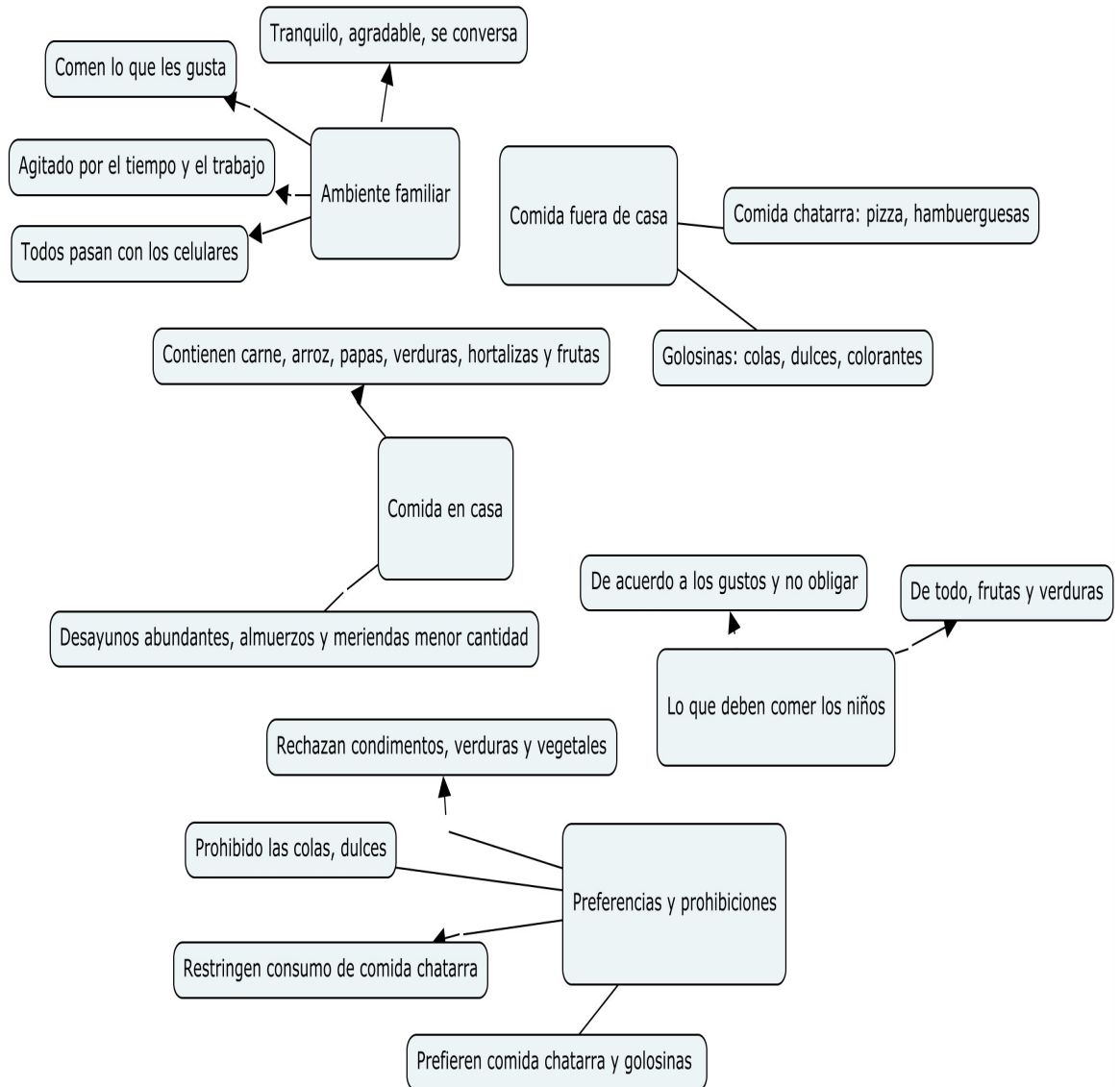
“un lugar tranquilo, porque como era una familia más tradicional, la comida era una hora sagrada para comer compartir y eso. El desayuno siempre era a las 7 de la mañana por la escuela y por el trabajo, el almuerzo al medio día a las doce de la mañana y la merienda a las seis de la tarde, Y siempre comíamos todos juntos, En un ambiente muy tranquilo solo se hablaba de las cosas que pasaban en el día, no habían discusiones y ninguna de esas cosas”. (Madre de Emilia)

5.2.3. Prácticas alimentarias familiares actuales

Mapa conceptual N 3. Prácticas alimentarias familiares actuales de las familias de los niños escolares de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara



Universidad de Cuenca



Las prácticas alimentarias familiares actuales de las tres familias de los entrevistados, uno de los padres identificó que el ambiente familiar a la hora de comer como interrumpido por los celulares, televisión, y el corto tiempo que les dan en los trabajos para el almuerzo; los tres padres entrevistados identificaron que su alimentación es más saludable dentro de casa que fuera de ella; y que los gustos y rechazos de los padres, son transmitidos a sus hijos, porque eso es lo que comen. En cuanto a las prohibiciones, una sola madre las identificó basándose en lo bueno para la salud, pero en realidad ya no son verdaderas prohibiciones, porque son sólo restricciones momentáneas o sugerencias.



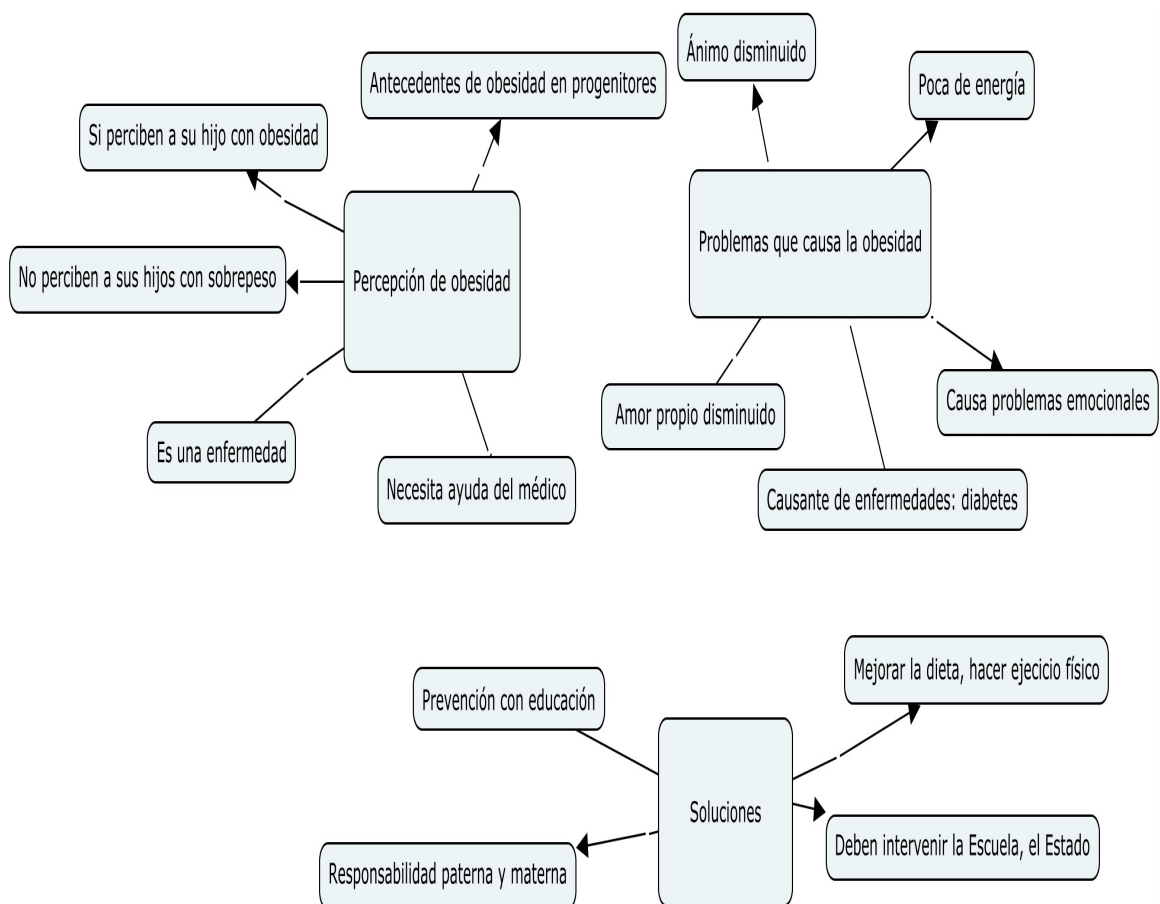
Universidad de Cuenca

“eso es un problema, cuando uno come fuera de casa uno come comida poco saludable puede ser un sandwich o un trozo de pizza o una hamburguesa, o algo que no sea muy saludable”

(Padre de Daniel)

5.2.4. Percepción de sobrepeso y obesidad como un problema

Mapa conceptual N 4. Percepción de la obesidad como un problema para las familias de los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia Machángara.



De los tres padres de las familias entrevistadas, sólo un padre percibió de forma adecuada la obesidad en su hijo; porque padeció de la misma enfermedad en su niñez, cree que su hijo se recuperará como él y que la obesidad tienen un trasfondo genético; y los otros dos padres no lograron percibir correctamente el sobrepeso en sus hijos; argumentando que son muy activos, son saludables, y que no se nota en su aspecto físico. Además todos los padres identificaron que la obesidad causa problemas físicos, de



Universidad de Cuenca

autoestima, generando problemas psicológicos y enfermedades metabólicas; y que las principales intervenciones deberían ser preventivas como educación en nutrición, y luego un correcto manejo multidisciplinario, con dieta y ejercicio, manejo de comorbilidades.

“ayudándoles a los niños con programas de ejercicios, de alimentación, que les ayude a sentirse bien y sobretodo a tener más ganas de hacer algo para

bajar de peso para superar su problema”

(Madre de Emilia)

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

6.1. Sección Cuantitativa

Durante la investigación se concluyó que la prevalencia de sobrepeso fue de 17,6% y de obesidad fue de 12,4% en los niños escolarizados de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara; estos datos no concuerdan con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ecuador ENSANUT 201-2013), se realizó en una población escolar de 5 a 11 años, el 29,9% presentó sobrepeso y el 8,6% presentó obesidad; en cambio Recalde 2010, en su estudio sobre el sobrepeso y obesidad y la caracterización de las familias de escolares municipales de Quito-Ecuador, cuya población estudiada fue de 6964 escolares encontró una prevalencia de sobrepeso del 18,7%, que se parece a los encontrados en la presente investigación; y de obesidad del 7,9% que es inferior al encontrado en este estudio.(10)(11)(12)

Además el sobrepeso y la obesidad en la investigación fue más frecuente en el grupo de 8 a 9 años con el 36,7%; fue más prevalente en las niñas con el 30,0% y se encontró en un 30,5% en familias nucleares, estos datos son superiores a los datos encontrados en el estudio de Recalde 2010, donde fue más prevalente el sobrepeso en las mujeres y la obesidad en los hombres y se encontró el sobrepeso y la obesidad en las familias nucleares sólo en un 16,5%.(12)

Esta prevalencia puede estar asociada a los factores que a continuación se describen:



Universidad de Cuenca

Según los resultados del estudio se encontró que, cuando el número de hermanos fue de hasta 2, la frecuencia de obesidad y sobrepeso, fue más alta en un 34,4% y la diferencia fue estadísticamente significativa ($p= 0,014$), encontrando un riesgo de 1,7 veces mayor de desarrollar obesidad en comparación con las familias con más de 2 hijos. Lo que concuerda con los datos encontrados en el estudio de Padilla 2011, en el que los niños tenían más sobrepeso (30,8%), y obesidad (41,8%), cuando tenían un hermano o eran hijos únicos y presentaron un riesgo de 1,3 veces más de desarrollar sobrepeso y 2 veces más de desarrollar obesidad que en los niños que tenían 2 o más hermanos.(15)

Según los resultados del estudio se encontró que, mientras más alto fue el nivel alcanzado por la madre de los niños, más frecuente fue la obesidad y sobrepeso, alcanzado un 30,4%; sin evidenciar significancia estadística. Estos datos no concuerdan con los datos encontrados en el estudio de González E, Aguilar MJ, García C, García P, Álvarez J, Padilla C, Ocete E. 2012, realizado en niños y adolescentes escolares donde encontró que a medida que aumenta el nivel educativo de los padres, el estado nutricional de los niños mejora. Cuando las madres tenían instrucción superior, la relación era más significativa ($p < 0,01$). (5) Tal vez no concuerdan porque en nuestro medio ambos padres trabajan y mientras mejor sea el nivel de instrucción mejor es su empleo y sus ingresos, permitiéndose contratar a una empleada doméstica, que sería la persona que preparaba la comida.

Además en la investigación, el exceso de peso en los niños fue más frecuente en el grupo con poca actividad física y los que usaban tecnologías de nueva generación, 33,0% y 30,8%, sin embargo, no se encontró significancia estadística. En cambio, en el estudio González E, Aguilar MJ, García C, García p, Álvarez J, Padilla C, Ocete E. 2012, realizado a niños y adolescentes escolares se encontró que a medida que aumenta el número de horas que los alumnos ven la televisión, juegan con los videojuegos o simplemente están conectados a internet, sus puntuaciones en el índice de masa corporal se incrementan, con significancia estadística ($p<0,01$). (5)



Universidad de Cuenca

En cuanto a la tipología familiar, la obesidad en el modelo monoparental, fue menor al comparar con el resto de grupos clasificados de acuerdo a la presencia de los padres, 28,9% versus 20,2%; no encontrando diferencia estadística significativa ($p=0,863$). Esto concuerda con los datos encontrados en el estudio de Alzate T, Cánovas P. 2013, realizado en España, Chile, Portugal y Colombia, en donde explora las apreciaciones de los profesionales de la nutrición sobre las posibles relaciones entre el tipo de familia, el estado nutricional infantil y los estilos educativos familiares, y se encontró que en la familia nuclear se destaca el estilo democrático y el estado nutricional normal; en la familia monoparental se presume con mayor frecuencia el estilo sobreprotector y se relaciona, con exceso de peso para la talla del niño, pero le sigue el estilo democrático y estado nutricional normal, es decir independiente del tipo de familia sino más bien dependiente de los estilos educativos.(4)

En relación a la funcionalidad familiar, se encontró que cuando la familia es funcional, la obesidad y el sobrepeso es más frecuente que en las familias disfuncionales, sin encontrar significancia estadística, pero en cambio en el estudio de Balladares 2012, se evidencia que la funcionalidad y estructura familiar, se relaciona con el desarrollo de obesidad en niños escolares.(32)

6.2. Sección Cualitativa

Los padres conceptualizaron de forma adecuada: niño sano, obesidad, sobrepeso, aspecto físico y lo relacionaron a factores como mala alimentación, sedentarismo y a la falta de educación en nutrición, ya que la información la han recibido de sus tradiciones familiares y están influenciadas por el medio en el que viven y por el internet. Estos resultados son importantes para identificar la percepción de las madres con respecto al peso de sus hijos como nos dice Oliver (2005), es importante la percepción materna porque al tener una percepción adecuada de la realidad, podremos optar por conductas y actitudes favorables en el desarrollo de los hijos.(39) Lo que ha sido confirmado también en el estudio de Pérez (2007) donde la percepción del peso corporal aceptable está influida por creencias y cultura,



Universidad de Cuenca

de acuerdo con el nivel socioeconómico y los hábitos alimentarios de las familias.(44)

En relación a las prácticas de alimentación de los padres durante su infancia, percibieron al momento de la comida como agradable, tranquilo y se alimentaban con comida sana obtenida del campo, con horarios fijos, y casi todos los miembros de la familia presentes; además percibieron que si difiere este momento, de la manera de comer actual, porque sus parejas han tenido costumbres diferentes a las de ellos, porque los dos padres trabajan, y tienen poco tiempo para la preparación y para alimentarse. Estos datos concuerdan con lo que nos dice Contreras y Gracia, 2005, las prácticas alimentarias son consecuencia de razones culturales que involucra conocer qué se come en la familia, quién lo hace, con quién, cómo, cuándo y dónde (41). Y para Sussekind (2008) las prácticas familiares son un conjunto de comportamientos y actitudes que los padres transmiten a los hijos.(42)

En relación a las prácticas alimentarias familiares actuales percibieron que el ambiente familiar a la hora de comer fue interrumpido por los celulares, televisión, y el corto tiempo que les dan en los trabajos para el almuerzo; además su alimentación es más saludable dentro de casa que fuera de ella; y que los gustos y rechazos de los padres, son transmitidos a sus hijos, porque eso es lo que comen. Esto concuerda con lo que dice Contreras y Gracia, 2005 en su estudio en la alimentación, los padres de familia influyen en los niños y modelan sus actitudes y comportamientos (41). Y según INSP, 2006, los hábitos de los niños y sus costumbres alimenticias son influenciados por el medio ambiente donde intervienen factores sociales, económicos y culturales, los mismos que se refuerzan en la escuela y en la sociedad en la que viven. (45)



7.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia de sobrepeso en los niños y niñas de 5 a 9 años de la parroquia de Machángara es menor con 12,3 puntos porcentuales; y la prevalencia de obesidad es más alta con 3,8 puntos porcentuales, que en el ENSANUT 2011-2013
- Tipología familiar, con respecto a la presencia de los padres la mayoría de los niños viven con una familia biparental, y le sigue la familia monoparental; y con respecto al tipo de familia, el mayor porcentaje son familias nucleares, y le siguen las familias extensas.
- En la mayoría de las familias están presentes los riesgos biológicos y con más frecuencia tienen enfermedades de impacto, y malnutrición; y le siguen las familias con riesgos socioeconómicos en donde se evidencia en la mayoría de los hogares con desempleo o empleo informal.
- Más de la mitad de los niños no hacen ejercicio físico más de 1 hora al día con regularidad.
- El mayor porcentaje de familias son funcionales, y moderadamente funcionales, y la función familiar más afectada fue la permeabilidad, después la adaptabilidad y la comunicación.
- Existe una asociación positiva estadísticamente significativa entre el número de hermanos y el sobrepeso/obesidad de los niños ($p=0,014$), encontrando un riesgo de 1,7 veces mayor de desarrollar obesidad si en la familia hay un número de hasta 2 hijos en comparación con familias con más hijos (RP 1,7 IC95% 1,089-2,936).
- En los otros factores no encontramos una asociación estadística significativa, pero si hubo una mayor frecuencia, y entre ellos tenemos: que el sobrepeso y obesidad fue más frecuente en los niños de 8 a 9 años, cuando habían antecedentes de obesidad en los padres de familia, cuando las madres alcanzaban instrucción secundaria o más, en niños con poca actividad física y en los que usaban tecnologías de nueva generación, en el tipo de familias



Universidad de Cuenca

nucleares, cuando habían riesgos biológicos y socioeconómicos, cuando las familias eran funcionales, y cuando las funciones de comunicación, roles, afectividad y permeabilidad estaban afectadas.

- La percepción que los padres tienen acerca del sobrepeso y obesidad de sus hijos de 5 a 9 años, se relaciona con sus prácticas de alimentación y con los conocimientos acerca de la obesidad.

7.2. RECOMENDACIONES

Luego de la realización de esta investigación se recomienda:

- Promocionar que las prácticas alimentarias saludables y la actividad física que los padres puedan transmitir a sus hijos en la infancia son elementales para adquirir hábitos saludables para toda la vida y prevenir el sobrepeso y obesidad.
- Intervenir en los factores modificables que previenen la obesidad infantil, la instrucción con capacidad permanente a los niños y a sus familias sobre nutrición, actividad física, y consecuencias de la obesidad, trabajo con instituciones locales para crear redes de apoyo o grupo afines donde los niños participen.
- Intervenir en la salud de los niños con una atención integral en todas sus esferas, biológica, psicológica, social, económica, ambiental y familiar.
- Intervenir en las familias con niños con sobrepeso y obesidad, actuar sobre sus factores de riesgo y con un tratamiento multidisciplinario.
- Promover investigaciones que amplíen las muestras para determinar si muchos factores que se han presentado en éste estudio con frecuencias elevadas tienen significancia estadística en el medio para entender los factores psicosociales y familiares que afectan las conductas de salud.



8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. WHO. 2014 [citado 11 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación; 2013 [citado 22 de diciembre de 2014].pdf. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad-ninos.pdf>
3. García-Huidobro D. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Rev. Médica Chile. 2010;138(11):1463-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200019
4. Alzate T, Cànovas P. Children's nutritional status and parental educational styles: an expert's appreciation. Perspectivas en Nutrición Humana. 2013;15(2):185-199.
5. González E., Aguilar M.^a J., García C. J., García P., Álvarez J., Padilla C. A. et al . Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Feb 09]; 27(1): 177-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100021&lng=es.
6. García M, others. Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. 2010. Obesidad. Un enfoque multidisciplinario [citado 11 de enero de 2015]. 201-218.Disponible en : https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf
7. Barrera-Cruz A, Ávila-Jiménez L, Cano-Pérez E, Molina-Ayala MA, Parrilla-Ortiz JI, Ramos-Hernández RI, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013;51(3):344-357. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>
8. Pallaruelo S. Prevención y educación en la Obesidad Infantil [Internet]. 2012 [citado 15 de diciembre de 2014]. Disponible en : <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5683/OBESIDAD%20INFANTIL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Barja Y. Salesa, Núñez N. Erwin, Velandia A. Sylvia, Urrejola N. Pascuala, Hodgson B. María Isabel. Adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil: compliance and outcome over medium term. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2005 Abr



Universidad de Cuenca

- [citado 2016 Ene 31] ; 76(2): 151-158. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000200005>.
10. Freire W, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva K, Romero N, Sáenz K, Piñeiros P, Gómez LF, Monge R. Presentación de los principales resultados ENSANUT.pdf [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf
 11. Freire W, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva K, Romero N, Sáenz K, Piñeiros P, Gómez LF, Monge R. Resumen Ejecutivo Tomo I Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT_2011-2013 MSP INEC [Internet]. 2013 [citado 24 de diciembre de 2014]: 36,37. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf
 12. Recalde RJ. Sobrepeso, Obesidad y caracterización de las familias de escolares municipales de Quito, 2010. 2011 [citado 15 de diciembre de 2014] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/626/3/T-UCE-0006-26.pdf>
 13. De Pediatría SA, Subcomisiones C. Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Arch Argent Pediatr. 2011;109(3):256-266. Disponible en: http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/obesidad_2011.pdf
 14. Achor MS, Benítez-Cima N, Brac E, Barslund S. Obesidad infantil. Rev. Posgrado VI Cátedra Med. 2007;168:34-8. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.pdf?iframe=true&width=95%&height=95%
 15. Padilla IS. Prevalence of overweight/obesity and factors associated with the preventive-predictive value in schoolchildren aged 6 to 11 in Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. Salud Colectiva. 2011;7(3):377-388. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652011000300007&script=sci_arttext
 16. Zayas GM, Chiong D, Díaz Y, Torriente A, Herrera X. Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. Rev. Cuba Pediatría. 2002;74(3):233-239. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000300007&script=sci_arttext&lng=en
 17. Del Picó J. Evolución y actualidad de la concepción de familia: una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. Ius et Prax. 2011;17(1):31-56. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-00122011000100003&script=sci_arttext&lng=pt
 18. Edmunds L, Waters E, Elliott E. Manejo de la obesidad infantil basado



Universidad de Cuenca

- en la evidencia. *British Medical Journal*. 2001;323:916-919. Disponible en: <https://victoriaarechavaleta.files.wordpress.com/2012/05/997.pdf>
19. Suárez, MA. El médico familiar y la atención a la familia. *Rev. Paceaña Medicina Familiar*. 2006;3(4):95-100. Disponible en: http://mflapaz.com/Revista_4_Pdf/12%20ATENCIÓN%20A%20LA%20FAMILIA.pdf
 20. Cruzat A. Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familias y las organizaciones. *Medwave* [Internet]. 1 de noviembre de 2007 [citado 19 de enero de 2015];7(10): 934. Disponible en : <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/934>
doi: 10.5867/medwave.2007.10.934
 21. Pérez B, Turabian JL. La Clínica de Medicina de familia desde un enfoque sistémico. Equipo de Medicina de familia Tortuga. Enero 2012. Disponible en: <https://medicinadefamiliatortuga.files.wordpress.com/2012/01/enfoque-sistémico-del-mc3a9todo-clc3adnico-pdf1.pdf>
 22. Minuchín, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Octava reimpression, 2003, Barcelona y 1 reimpression en México, 2004: Editorial Gedisa, S.A. ISBN: 968-852-041-1. PP. 78-107. Disponible en : <https://www.academia.edu/7006953/148423637-38636567-Familias-y-Terapia-Familiar-Minuchin-y-Haley-1>
 23. Fuentes AP, Merino JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*. 2016;14(2):247–283. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/sciELO.php?pid=S2077-21612016000200003&script=sci_arttext
 24. Chinchilla R, Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"* 2015;15(1): 27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44733027039>. Fecha de consulta: 9 de febrero de 2016.
 25. González EP, de la Cuesta Freijomil D, Bernal IL, Veá HB. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *CIENCIA ergo-sum*. 1997;4(1):63–66. Disponible en: <http://ergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/4004>
 26. Louro I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [Internet]. *Escuela Nacional de Salud Pública*; 2005 [citado 26 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/79/>
 27. Marquillas JB. Obesidad en la infancia y la adolescencia. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2005;7(26):209-230. Disponible en: <http://pap.es/files/1116-432-pdf/445.pdf>
 28. Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz J, Martínez Nieto M, Lechuga Campoy JL. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp*. 2010;25(5):823-831. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n5/original16.pdf>
 29. Rodríguez S. Historia natural de la obesidad - Trabajo II- Obesidad:



Universidad de Cuenca

- Causalidad, historia natural de la enfermedad- [Internet]. Madrid, abril de 2007.[citado 22 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://sameens.dia.uned.es/Trabajos7/Trabajos_Publicos/Trab_2/Rodriguez_Fernandez_2/historiaNatural.htm
30. Gattas V, Ceballos X, Burrows R, others. Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica. Rev. Médica Chile. 2010;138(10):1217-1225. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010001100002&script=sci_arttext
 31. Bayardo SJV, Esqueda CO, Cibrián KVC. Salud mental y obesidad. Investig En Salud. 2006;8(2):86-90. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isdg-2006/isdg062e.pdf>
 32. Balladares M, Philco P, Rivero F, Cortez J. Características familiares y depresión como factores de riesgo para obesidad en escolares. Oruro - Bolivia 2011. BIOFARBO [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Feb 09] ; 20(1): 49-57. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-53632012000100006&lng=es.
 33. Martín C y Ortiz P. La obesidad infantil: una forma de manifestación del malestar en la cultura. Cuadernos de Psiquiatría Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2012;53:9-21. Disponible en: <http://www.seypyna.com/documentos/PSIQUIATRIA-53.pdf#page=9>
 34. Kain J, Leyton B, Concha F, Salazar G, Lobos L, Vio F. Estrategia de prevención de obesidad en escolares: Efecto de un programa aplicado a sus profesores (2007-2008). Rev. Médica Chile. 2010;138(2):181-187. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000200006
 35. Ruiz Rivera N, La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. Investigaciones Geográficas (Mx) 2012 63-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56923353006>. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=56923353006>
 36. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ÊRM, Rosset-Cruz I. Clasificación de Riesgo Familiar en una Unidad de Salud de la Familia. 2013; 21 (5) (8 pantallas)[citado 9 de marzo de 2015]; Disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf
 37. Mercado-Martínez FJ. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. International Journal of Qualitative Methods [Internet]. 2002 [citado 9 de febrero de 2015];1(1). Disponible en: <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/downloadSuppFile/4614/639>
 38. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [revista en Internet] 1994 [acceso 24 Septiembre 2016]; 4(8): 47-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>.
 39. Oliver, M. Actitudes y percepción del medio ambiente en la juventud española. Madrid: Ministro del medio ambiente. 2005. PP. 32-117



Universidad de Cuenca

IBSN: 978-84-8014-588-6. Disponible en:
http://www.mapama.gob.es/es/ceneam/recursos/documentos/actitudes-medio-ambiente-juventud-espanola_tcm7-271203.pdf

40. Martínez, M. Paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinariedad como bases epistémicas de la investigación cualitativa. REDHECS. Edición 11, septiembre 2011; 6-27 Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4171976.pdf>
41. Contreras, J. y Gracia, M. Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. Investigaciones sociales. México: Ariel. 2005; 387-392. Disponible en : revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/download/8073/7041
42. Sussekind, E. Prácticas familiares y participación infantil a partir de la visión de niños y adultos: un estudio exploratorio en América Latina y El Caribe. Río de Janeiro: Viveros de Castro. 2008. Disponible en <http://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2015/01/Family-Practices-and-Child-Participation-Spanish.pdf>
43. Sedó, P. Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares, en el cantón de La Unión, Cartago. Anales en Gerontología, (5), 39-53. 2005. Disponible en : <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8863>
44. Pérez, S., Vega-García L. A. y Romero-Juárez G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? Salud pública de México, 49(1), enero- febrero, 52-62. 2007. Disponible en : www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a08v49n1.pdf
45. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Obesidad infantil. Recuperado el 12 de septiembre de 2008, disponible en: <http://www.insp.mx/nls/bpme>. 2006.
46. Restrepo PAT, Cano MEP, Fernández DYB. Resumen de Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquía. [citado 20 de enero de 2015]



ANEXO N- 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES PARA EL ESTUDIO CUANTITATIVO

Yo, Ana Cecilia Gómez Arias, estudiante de posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, estoy realizando mi trabajo de titulación “RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSICOSOCIALES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS DE 5 A 9 AÑOS DE LA PARROQUIA DE MACHANGARA, DURANTE 2015-2016”, estudio que tiene como objetivo conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de sus hijos e hijas y la relación que existe con los factores biopsicosociales y funcionalidad familiar. Esta investigación requiere de participación de niños de 5 a 9 años de edad de la parroquia de Machangara.

Si acepta participar en el estudio, se hará a su hijo e hija una evaluación nutricional, según las curvas de la OMS, se evaluara los factores biopsicosociales mediante un formularios con 14 preguntas, se evaluará además a la familia por su funcionalidad mediante el test de SS-FIL, y el riesgo familiar y tipología familiar con la ficha familiar realizada en cada familia. Con estos datos se les informara si su niño tiene algún problema en su estado nutricional.

No recibirá compensación económica por la participación en este estudio, sin embargo, el procedimiento no tiene costo alguno para usted, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información. En caso de su hijo o hija presente alteraciones en los datos del estudio, se dará mediante una orientación y pautas como mejorar el estado nutricional. Además su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de estos problemas en la comunidad.

Como responsable de la investigación me comprometo a responder preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de su hijo o hija, para lo cual pongo a disposición mi numero de teléfono.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, hemos decidido participar en forma libre y voluntaria y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente.

Por consiguiente, YoPadre,
madre o responsable legal del niño/a



Universidad de Cuenca

..... Autorizo la inclusión de mi hijo/a en el estudio.

.....
Firma del padre, madre o representante legal

CI

Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES PARA EL ESTUDIO CUALITATIVO

Yo, Ana Cecilia Gómez Arias, estudiante de posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, estoy realizando mi trabajo de titulación "RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOPSIOSOCIALES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS DE 5 A 9 AÑOS DE LA PARROQUIA DE MACHANGARA, DURANTE 2015-2016". Esta investigación requiere de participación de los padres de niños de 5 a 9 años de edad con sobrepeso/ obesidad de la parroquia de Machangara.

Si acepta participar en el estudio, se le hará una entrevista sobre las percepciones del cuidador (padre/madre) sobre: practicas de alimentación familiares, sobrepeso/ obesidad y la relación entre estas. La cual será grabada y solo el equipo de investigación la escuchará y no vamos a utilizar ningún nombre real.

No recibirá compensación económica por la participación en este estudio, sin embargo, el procedimiento no tiene costo alguno para usted, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información. Además su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de estos problemas en la comunidad.

Como responsable de la investigación me comprometo a responder preguntas e inquietudes que surjan de la entrevista, para lo cual pongo a disposición mi numero de teléfono.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, hemos decidido participar en forma libre y voluntaria y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente.

Por consiguiente, Yo Autorizo mi inclusión en el estudio.

.....
Firma del padre, madre (cuidador)



Universidad de Cuenca

CI

Fecha _____

**ANEXO N-2
TABLAS DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO DE LA OMS/MSP**

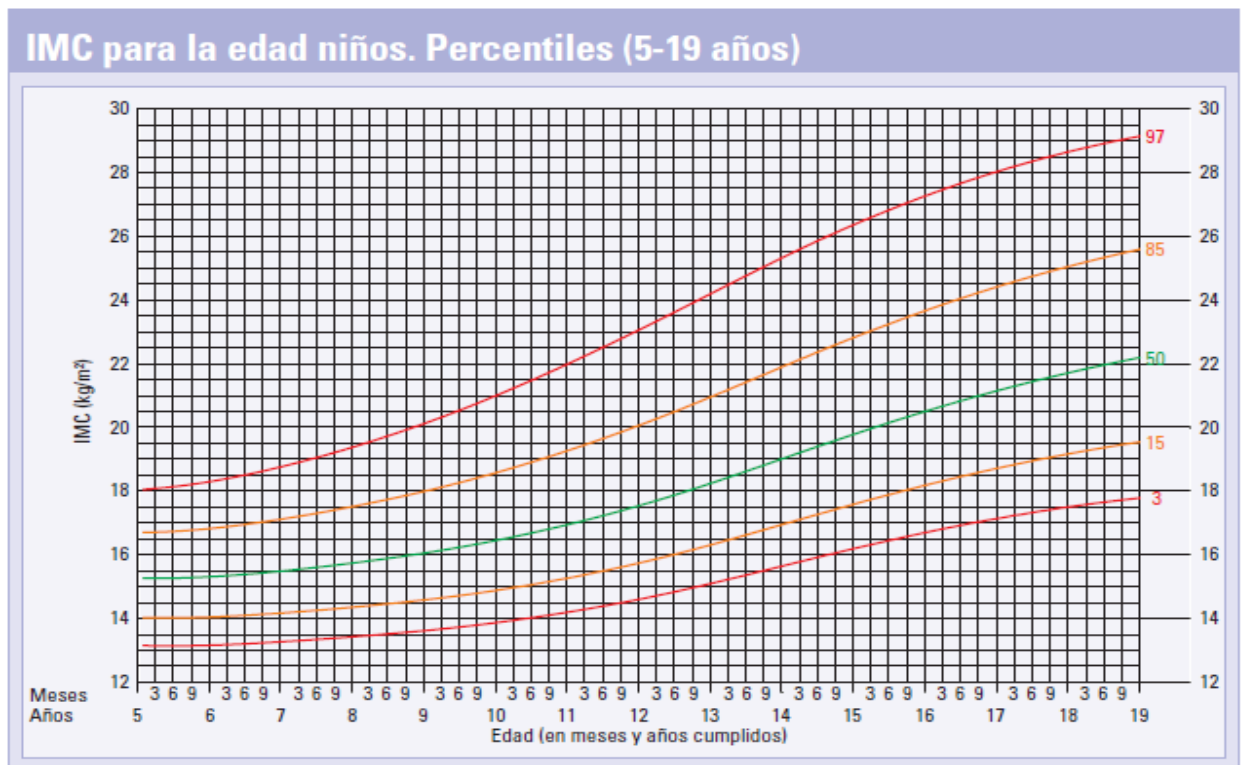
El investigador llena a continuación.

14. Peso: ____ kg

Talla: ____ m

IMC: ____ kg/m²

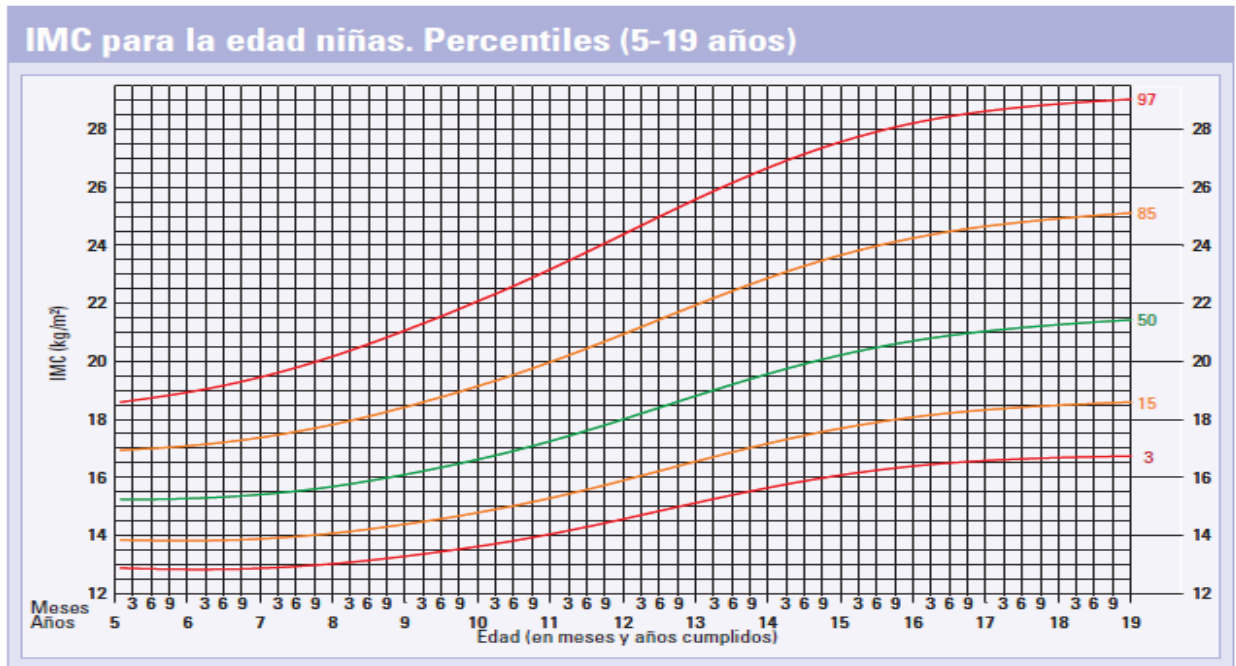
CURVA IMC PARA NIÑOS SEGÚN PERCENTILES DE 5 A 19 AÑOS



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



CURVA IMC PARA NIÑAS SEGÚN PERCENTILES DE 5 A 19 AÑOS.



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estado nutricional clasificar según curvas IMC según la edad y el sexo en:
1Desnutrición P < 15 _____ 2Peso adecuado entre P > 15 y P <85 _____
3Sobrepeso P > 85 _____ 4Obesidad P > 97 _____

Gracias por su colaboración
Entrevistador:

Fecha:



ANEXO N- 3

FORMULARIO PARA RECOLECTAR LOS DATOS DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS, ESTRUCTURA FAMILIAR Y FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD.

Le solicitamos que el formulario sea llenado con sinceridad los datos aquí recolectados serán de uso exclusivo de la investigadora.

Instrucciones:

1. Leer atentamente cada una de las preguntas.
2. Señalar con una cruz en la casilla que corresponda a su respuesta.
3. Cada pregunta debe tener una sola respuesta.
4. **Lo que esta con negrita llena el investigador.**

FORMULARIO No

1. Edad del niño: años y meses cumplidos

2. Género del niño: 1Hombre 2Mujer

3. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre o cuidador?

- | | | | |
|------------------------|-------|----------------------|-------|
| 0Analfabeto | ..... | 2Primaria Completa | ..... |
| 1Primaria Incompleta | ..... | 4Secundaria Completa | ..... |
| 3Secundaria Incompleta | ..... | 6Superior Completa | ..... |
| 5Superior Incompleta | ..... |  |  |

4. ¿Cuál es el estado civil de los padres?

- | | | | |
|--------------|-------|-------------|-------|
| 1Soltero | ..... | 3Casado | ..... |
| 2Unión Libre | ..... | 5Divorciado | ..... |
| 4Separado | ..... |  |  |

5. ¿En la familia están presentes los padres y conviven juntos?

- | | | | | | |
|----------|-------|---|-------|---------------|-------|
| 1Padre | ..... | 1Madre | ..... | 2Ambos padres | ..... |
| 3Ninguno | ..... | Que familiar esta a cargo (abuelos, tíos) |  |  | ..... |

LLENA EL INVESTIGADOR:

Tipo de Familia por la presencia de los padres:

- 1**monoparental** ____ 2**biparental** ____ 3**extensa con delegación de roles**

6. **Familiograma**

LLENA EL INVESTIGADOR

Tipología familiar según su estructura:

- 1**familia nuclear** ____ 2**familia extensa** ____ 3**Familia ampliada** ____
 4**familia corporativa** ____ 5**equivalentes familiares** ____



7. ¿Cuántos hermanos hay en la familia?
 1 Ninguno 2 Uno o dos 3 Tres o más

8. ¿En su familia hay antecedente Familiar de sobrepeso y Obesidad?
 1 Padre 1 Madre
 2 Ambos 0 Ninguno

9. ¿Durante la semana, su niño realiza actividad física más de una hora, que no incluya clases de Educación Física, por ejemplo: Gimnasio, bailo terapia, caminar, correr, fútbol, básquet, vóley, andar en bicicleta u otras actividades?
 3 Todos los días
 2 Habitualmente (más de 3 veces por semana)
 1 De vez en cuando (menos de 3 veces por semana)
 0 Nunca

10. ¿Su niño usa nuevas tecnologías como la televisión, Internet, Videojuegos mas de dos horas al día?
 3 Todos los días
 2 Habitualmente (más de 3 veces por semana)
 1 De vez en cuando (menos de 3 veces por semana)
 0 Nunca

Riesgo familiar

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, llena la madre o cuidador del niño.

11. ¿En su familia existe alguno de estos riesgos Biológicos?	SI	NO
1 a Personas con vacunación incompleta		
1 b Personas con malnutrición (sobrepeso o desnutrición)		
1 c Personas con enfermedad de impacto (Diabetes, Presión alta, que necesiten tomar medicación a diario)		
1 d Embarazadas con problemas o enfermas		
1 e Personas con discapacidad física o intelectual		
1 f Personas con problemas mentales		

12. ¿En su familia existe alguno de estos riesgos Sanitarios?	SI	NO
2 a Consumo de agua insegura		
2 b Mala eliminación de basura y excretas		
2 c Mala eliminación de desechos líquidos		
2 d Impacto ecológico por industrias		
2 e Animales intradomiciliares		

13. ¿En su familia existe alguno de estos riesgos Socioecómicos?	SI	NO
3 a Pobreza		
3 b Desempleo o empleo informal del jefe de familia		
3 c Analfabetismo del padre o madre		
3 d Desestructuración familiar		
3 e Violencia, o alcoholismo, o adicciones		



Universidad de Cuenca

3 f Malas Condiciones de la vivienda (paredes de adobe o tablas, piso de tierra)		
3 g Hacinamiento(mas de tres personas duermen en una habitación)		

LLENA EL INVESTIGADOR

1Riesgo Biológico _____ 2Riesgo Sanitario _____

3Riesgo Socioecómico _____

Gracias por su colaboración

Entrevistador:

Fecha:

ANEXO N-4

TEST DE FF-SIL PARA VALORAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente. Llena la madre o cuidador del niño.

	Casi nunca 5	Pocas veces 4	A veces 3	Muchas veces 2	Casi siempre 1
1 a De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
3 a En mi casa predomina la armonía.					
2 a En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
5 a Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
4 a Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
7 a Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
6 a Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
1 b Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
2 b Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
7 b Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
4 b Podemos conversar diversos temas sin temor.					



Universidad de Cuenca

6 b Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
3 b Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
5 b Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

LLENA EL INVESTIGADOR:

- 1 Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos _____
- 2 Familia disfuncional de 28 a 42 puntos _____
- 3 Familia moderadamente disfuncional de 43 a 56 puntos _____
- 4 Familia funcional de 57 a 70 puntos _____
- ¿Que proceso esta afectado en la familia?
- 1 Cohesión _____ 2 Roles _____
- 3 Armonía _____ 4 Comunicación _____
- 5 Afectividad _____ 6 Permeabilidad _____
- 7 Adaptabilidad _____

Gracias por su colaboración
Entrevistador:

Fecha:

ANEXO 5

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

BLOQUE DE PREGUNTAS

Buenos Días, mi nombre es _____. Como usted sabe, mi investigación trata de los niños con sobrepeso y obesidad, y de la percepción de sus padres. Tengo unas preguntas sobre sus experiencias como madre (o padre) sobre las practicas de alimentación familiares, sobrepeso/obesidad, y la relación entre estas. ¿Está de acuerdo si grabo nuestra conversación? Solo el equipo de investigación la escuchará y no vamos a utilizar ningún nombre real. Todo será anónimo y se guardará confidencialidad.

Explicar cuántas personas están observando.

(Encender)

1. PERCEPCIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Para iniciar la entrevista me gustaría que me platicará

Según su opinión

¿Cómo debe ser un niño sano?

¿Qué conoce usted sobre la obesidad, sobrepeso, peso normal y bajo peso?



Universidad de Cuenca

¿En su familia se preocupan o se preocupaban por el aspecto físico?

¿Qué comentarios hace su familia, amigos sobre los niños “gorditos” y “flaquitos”?

De dónde obtiene la información sobre lo que se debe comer, el peso y la obesidad en los niños

¿Qué escucha de la obesidad infantil en los medios de comunicación?

¿Qué tan importante cree que son esos mensajes que le llegan de la alimentación y obesidad y cuáles de ellos toma en cuenta para aplicarlos en su vida diaria?

2. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN FAMILIARES EN SU INFANCIA

¿Cómo fue la comida en su infancia?

¿Qué acostumbraba a comer de niña?

¿Qué alimentos no faltaban en casa?

Momento de la comida en su familia: lugar, hora, quienes comían, ambiente a la hora de comer

La comida que le prepara a sus hijos es parecida a la que usted comía ¿en qué se parece? ¿Qué la hizo cambiar su alimentación?

3. PRÁCTICAS FAMILIARES DE ALIMENTACIÓN ACTUALES

Para usted ¿qué contiene una comida saludable?

¿Qué alimentos deben consumir los niños y por qué?

¿Qué tipo de alimentos tiene en la casa y cuáles no faltan?

Platíqueme un día a la hora del desayuno, comida y cena

(tipo de comida, preparación, lugar, quiénes comen)

¿Qué hacen en el transcurso de la comida?

(hablan, discuten, ven tv.)

¿Cuándo comen fuera de casa? ¿Que comen?

¿Qué es lo que más les gusta comer a la familia y qué alimentos no?

¿Usted le prohíbe a su hijo algunos alimentos? ¿Por qué? ¿Cuál es la reacción de su hijo?

¿Cómo se siente y qué hace cuando su hijo no quiere comer algunos alimentos?

¿Cómo decide que alimentos comerá la familia o comprará?

¿Qué toma en cuenta usted cuando prepara los alimentos?

Usted cree que su hijo debe de comer más de lo que come ahora ¿Por qué?

Usted ha tratado de controlar el peso de su hijo ¿de qué forma?

4. PERCEPCIÓN DE OBESIDAD COMO UN PROBLEMA

Según su opinión

¿Qué piensa usted de los niños que tiene obesidad? ¿Enfermedad ?



Universidad de Cuenca

¿Qué problemas cree que puede ocasionar la obesidad en los niños?

¿Cómo cree que se puede combatir esta condición?

¿Usted cree que su hijo está en riesgo de tener sobrepeso u obesidad? ¿Por qué?

¿Qué pensaría usted y que haría si le dijeran que su hijo presenta obesidad?

Muchas gracias por su ayuda. Vamos a transcribir la entrevista y estudiarla con cuidado. Si quiere leerla, se la enviaremos con mucho gusto cuando esté lista.

ANEXO 6

CODIFICACIÓN

CÓDIGOS COLOR Y NICKNAMES

(Personas presentes en la entrevista)

N ^o	NOMBRES	COLOR	NICKNAME	Madre	Padre	Otro
1	Oscar Faican	Verde	Steven		X	
2	Bernarda Arias Cobos	Rosado	Emilia	X		
3	Juan Astudillo	Morado	Daniel		X	