



issemym

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC

**CONDUCTA ALIMENTARIA PARENTAL DE NIÑOS
ESCOLARES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA ANNE DOLORES ROBLES

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, AGOSTO 2019.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CONDUCTA ALIMENTARIA PARENTAL DE NIÑOS ESCOLARES
CON SOBREPESO Y OBESIDAD**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA
DRA ANNE DOLORES ROBLES

AUTORIZACIONES



DR RICARDO LOZANO MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC



DR. OMAR JIMENEZ DAVILA
PROFESOR ADJUNTO DEL DURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN
CENTROMEDICO ISSEMYM ECATEPEC

ESTADO DE MEXICO, AGOSTO 2019



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**CONDUCTA ALIMENTARIA PARENTAL DE NIÑOS ESCOLARES
CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA
DRA ANNE DOLORES ROBLES

AUTORIZACIONES



DRA MA. CONCEPCION CONTRERAS GARCIA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

ESTADO DE MEXICO, AGOSTO 2019



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**CONDUCTA ALIMENTARIA PARENTAL DE NIÑOS ESCOLARES
CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA ANNE DOLORES ROBLES**

AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



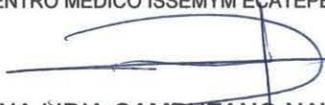
ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INOVACION
EDUCATIVA EN SALUD



DR DANIEL GUTIERREZ VERDIGUEL
DIRECTOR DE CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC



DR JAIME TORAL LOPEZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC



DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

CONDUCTA ALIMENTARIA PARENTAL DE NIÑOS ESCOLARES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANNE DOLORES ROBLES

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**CONDUCTA ALIMENTARIA PARENTAL DE NIÑOS ESCOLARES
CON OBESIDAD Y SOBREPESO**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme estar en este proyecto de vida, que me ayudara a ser una mejor persona, un mejor médico y poder dar lo que cada paciente se merece.

Agradezco a mis Padres por estar en todo momento conmigo, por apóyame en cada paso y por estar siempre en los momentos difíciles de mi vida.

Agradezco a mi esposo por el apoyo que me brinda en esta esta etapa de vida.

Agradezco a mi hijo por el tiempo que no estuve con el por ser el motivo de mi superación.

Agradezco también a mis compañeras de residencia por su apoyo para superar esta etapa.

ÍNDICE

I. MARCO TEORICO	1
1.1 OBESIDAD Y SOBREPESO	1
1.1.1 Definición.....	1
1.1.2 Epidemiología.....	3
1.2 CAUSAS DE OBESIDAD	5
1.2.1 Factor genético.....	5
1.2.2 Factor ambiental.....	6
1.2.3 Factor Social.....	9
1.3 LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO Y OBESIDAD	10
1.4 PRACTICAS PARENTERALES DE ALIMENTACIÓN	11
1.4.1 Restricción.....	18
1.4.2 Uso instrumental de los alimentos.....	21
1.5 PERCEPCIÓN DE PESO	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
3. JUSTIFICACION	26
4. OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo general.....	28
4.2 Objetivos específicos.....	28
5. METODOLOGIA	29
5.1 Tipo de estudio.....	29
5.2 Población, lugar y tiempo.....	29
5.3 Tiempo de estudio.....	29
5.4 Tipo y tamaño de la muestra.....	29
5.5 Criterios de selección.....	29
5.5.1 De inclusión.....	29
5.5.2 criterios de exclusión.....	30

5.5.3 Criterios de eliminación.....	30
6. INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES).....	31
6.1 Cuadro de variables.....	32
6.2 Método o procedimiento para captar la información.....	35
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
8. RESULTADOS.....	38
9. DISCUSIÓN.....	51
10. CONCLUSIONES.....	52
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
12. ANEXOS.....	58

MARCO TEORICO

1. OBESIDAD Y SOBREPESO

1.1 DEFINICIONES

Es importante tomar en cuenta las diferentes definiciones que se han escrito sobre la obesidad entre las cuales se mencionan las siguientes:

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$).¹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.²

La Secretaria de Salud también toma a consideración el sobrepeso para la misma definición, al igual que la OMS, “La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado pre mórbido, es una enfermedad crónica

caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos”.

La Norma Oficial Mexicana para el manejo de la obesidad, la define de la siguiente forma: “Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25”.

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como la relación del peso corporal en kg entre la estatura en m², es el indicador más utilizado para establecer el diagnóstico tanto en el ámbito clínico como epidemiológico. En el ámbito clínico, en México se considera Obesidad a un IMC >29. ⁴

Los valores del Índice de Masa Corporal (IMC: peso/talla²; kg/m²) varían en la niñez y en la adolescencia dependiendo de la edad y sexo. El IMC es el parámetro más frecuentemente usado para el cribado del exceso de grasa corporal, ya que es muy fácil de determinar y tiende a correlacionarse bastante bien con el compartimento graso. Los valores de corte del IMC generalmente aceptados para la definición de sobrepeso y obesidad en adultos son > 25 y > 30 kg/m², respectivamente. En niños y adolescentes,

basándose en las curvas percentiladas de IMC, la Internacional Obesity Task Force (IOTF) ha propuesto recientemente los puntos de corte del IMC (Tabla 1), para cada medio año hasta los 18 años, extrapolando los valores de IMC que se corresponderían para cada edad con los del adulto (25 kg/m² para sobrepeso y 30 kg/m² para obesidad).⁴

Las curvas percentiladas del IMC (Tabla 1), según edad y sexo, muestran el patrón de crecimiento de los valores del IMC en niños y adolescentes de 2 a 20 años. Los profesionales de la salud usan este tipo de curvas ya establecidas para identificar posibles riesgos nutricionales en niños y adolescentes. El exceso de grasa corporal durante la niñez y sus desórdenes metabólicos tienen su repercusión más importante en la vida adulta.

El exceso de grasa corporal y el aumento del IMC se han relacionado con la aparición del llamado “síndrome metabólico” ya en edades tempranas de la vida: dislipidemia, hipertensión, resistencia a la insulina/ hiperinsulinismo, diabetes tipo 2.⁵

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA

En las últimas cuatro décadas, el perfil epidemiológico y nutricional de México ha cambiado de modo que la desnutrición y las enfermedades infecciosas ya no son los mayores problemas de salud pública, sino que ahora los principales problemas de salud pública son los asociados al sobrepeso, la obesidad y las ENT. México ha documentado uno de los incrementos más rápidos en el mundo de las prevalencias de exceso de

peso (sobrepeso y obesidad) en todos los grupos de edad, afectando de forma importante a su población infantil²

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) señala que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso de 2 puntos porcentuales de 1988 a 2012 (7.8% a 9.7% respectivamente). El principal aumento se registró en la región norte del país con una prevalencia de 12%, arriba del promedio nacional (9.7%).

Para la población en edad escolar (5 a 11 años) la prevalencia nacional de sobrepeso más obesidad en 2012 fue 34.4% (19.8% y 14.6% respectivamente) lo que representa 5,664,870 niños a nivel nacional. Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2% sobrepeso y 11.8% obesidad) y niños 36.9% (19.5% y 17.4%), respectivamente.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de medio camino 2016 se dio a conocer que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de 33.2% (17.9% sobrepeso y 15.3% obesidad). Aunque existe una disminución en relación con lo reportado en la ENSANUT 2012 en la que la prevalencia fue de 34.4% (19.8% sobrepeso y 14.6% obesidad).

1.2 CAUSAS DE OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos

No existe un factor único que induzca al desarrollo de obesidad, pero sí pueden intervenir varios condicionantes que, conjunta o aisladamente determinan el aumento acentuado de grasa corporal.^{6,8}

1.2.1 FACTOR GENETICO

Durante mucho tiempo, la obesidad fue considerada como un trastorno del comportamiento resultado del consumo excesivo de alimentos y de la inactividad física; sin embargo, la evolución de la ciencia en las últimas décadas ha permitido determinar su asociación con factores genéticos.

La obesidad tiende a observarse como un patrón constante entre familias, aunque su forma de herencia no corresponde a los patrones conocidos, y es altamente dependiente de factores ambientales. A pesar de esto, numerosos estudios han demostrado que la predisposición a la obesidad y sus condiciones asociadas, son más parecidas entre individuos genéticamente relacionados que en aquéllos no relacionados.⁹

Sujetos con esta predisposición suelen ser muy eficientes metabólicamente, esto quiere decir que con un balance de energía positivo muy pequeño

pueden almacenar grandes cantidades de tejido adiposo y por ende desarrollar obesidad. Anteriormente la obesidad era atribuida en un 80% a los factores genéticos.

Los factores genéticos pueden tener influencia en la distribución de la grasa corporal y en el aumento de peso como respuesta a la ingesta excesiva de alimentos. Es decir, que bajo las mismas condiciones ambientales un individuo puede ser más propenso a la obesidad que otro.

De acuerdo con lo anterior, se puede deducir que, si la heredabilidad de la obesidad humana explica entre el 33% y 50% como parece, hay un 50% o más de la varianza del IMC debe ser el resultado de factores ambientales. Por ende, aunque la obesidad evolucione dentro de ciertas restricciones genéticas, los determinantes ambientales de la obesidad desempeñan un papel de suma importancia para su desarrollo.¹²

Los determinantes genéticos y ambientales de la obesidad no están en conflicto, más bien, se deben de considerar a ambos para determinar un resultado clínico, como la combinación de la vulnerabilidad genética y los acontecimientos adversos de origen ambiental.¹³

1.2.2 FACTOR AMBIENTAL

El medio ambiente juega un papel sumamente importante en la toma de decisiones de los individuos, principalmente en sus estilos de vida y patrones de consumo. Actualmente, existe una amplia oferta y posibilidades de acceso a alimentos con características que facilitan la ganancia de peso

corporal, como: ricos en grasas y ricos en azúcar. Asimismo, el incremento en el consumo de bebidas azucaradas en sustitución del agua pura coincide con el incremento en las prevalencias de obesidad, especialmente en población infantil.¹⁴

La disponibilidad y el incremento en el consumo de alimentos hipercalóricos, se asocian también con el aumento en la cantidad de alimentos ingeridos, aun cuando ya existe una respuesta en el organismo de saciedad. El consumo exagerado de alimentos se traduce en un elevado consumo calórico que contribuye al aumento del tejido adiposo.

Por otro lado, se ha documentado que mientras existe un consumo elevado de alimentos ricos en grasas y azúcares, existe una disminución importante en el consumo de verduras, frutas y otros alimentos de mejor calidad nutricional, como cereales enteros, legumbres y tubérculos. Este desequilibrio en la selección y consumo de alimentos provoca no sólo padecimientos crónicos, si no también contribuyen al desarrollo de enfermedades por deficiencia nutricional como la anemia.

La publicidad de alimentos y bebidas no saludables en diversos medios de comunicación, así como los intereses económicos de la industria por aumentar su consumo, han afectado a la población general, especialmente niños.

Es por eso, que organizaciones internacionales, instituciones públicas e integrantes de la sociedad civil han exigido que se regule la publicidad de

alimentos y bebidas industrializados en medios de comunicación, principalmente la que va dirigida al público infantil.

Los patrones de alimentación inadecuados no son las únicas conductas que determinan el sobrepeso u obesidad. El incremento de actividades sedentarias y la disminución de actividad física rutinaria impactan de manera considerable la salud.

Por lo anteriormente expuesto, si no gastamos la energía en forma de actividad física todo ese exceso que consumimos en la dieta es seguro que desarrollaremos obesidad.⁷

A pesar de que el desarrollo de la tecnología ha favorecido las comunicaciones en la vida actual, en el tema de obesidad ha jugado un papel negativo. Ya que limita la actividad física y las personas cada vez nos volvemos más dependientes de dicha tecnología y dedicamos menos tiempos a actividades recreativas.

Por otro lado, el desarrollo de las grandes ciudades ha influenciado en los medios de transporte y en los tiempos de traslado, por lo que la preferencia por transportes sedentarios como: automóvil, elevadores motocicletas, tren, escaleras eléctricas, transporte público, esto disminuye la posibilidad de realizar actividades físicas cotidianas, como caminar, correr subir y bajar escaleras, andar en bicicleta.

Sin embargo, se ha encontrado que un alto porcentaje de la población no cuenta con espacios adecuados para la realización de actividades físicas

dentro de su comunidad o los perciben como inseguros dentro de los horarios disponibles para llevar a cabo dichas actividades, especialmente para los niños.^{15, 16,17}

1.2.3 FACTOR SOCIAL

Los determinantes sociales de la salud se refieren a aquellas condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, así como el tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad, los cuales determinan las condiciones de desigualdad e inequidad social. Estas condiciones están a su vez influidas por las fuerzas políticas y económicas de cada región.

El aumento de la obesidad en todo el mundo está estrechamente ligado a las políticas alimentarias, entendidas éstas como uno de los determinantes sociales estructurales de la salud. La producción de alimentos y el acceso económico a éstos determinan los patrones de consumo alimentario.

Aunque los patrones alimentarios de la población están relacionados con sus ingresos, no necesariamente determinan una alimentación adecuada. La manera en que la industria alimentaria ha conducido la producción, comercialización y publicidad de los alimentos y bebidas, ha dado como consecuencia modificaciones en los hábitos de alimentación, caracterizados por sobre ingestión de alimentos y bebidas industrializados de alta densidad energética.

Los patrones de alimentación tienen que ver con los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones del todo

individuales, sino conductas definidas por el medio social en el que viven los individuos.

En estratos pobres o de bajos ingresos se observan estos padecimientos además de desnutrición asociados a dietas deficientes, caracterizadas por exceso de alimentos ricos en grasas (especialmente saturadas), azúcares refinados y simples y pobre en hidratos de carbono complejos (fibras), aumento de alimentos y bebidas industrializados, de bajo costo, alta densidad energética y de mala calidad, que ha venido sustituyendo a la dieta tradicional.⁷

1.3 LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.

La alimentación, desde la perspectiva de la antropología, es un proceso social que permite al organismo adquirir “las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida”.¹⁸

La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social y, por su especificidad y polivalencia, adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana. Es decir, los alimentos no son exclusivamente para nutrirnos ni la alimentación es un hecho exclusivamente biológico.¹⁹

La nutrición determina el estado de salud de la población, siendo indispensable una ingesta adecuada de energía y nutrientes para el crecimiento y desarrollo celular²⁰

La alimentación de los mexicanos ha tenido una transformación trascendental desde la época prehispánica con la llegada de los españoles, quienes trajeron consigo diversas especies y algunos animales que fueron transformando poco a poco hasta lo que hoy consumimos.

En los últimos años, la transformación de la alimentación se ha visto afectada con la industrialización de los alimentos, un incremento en el consumo de alimentos denominados comida rápida (fast food) los cuales han generado cambios en los hábitos alimenticios tanto en niños como en adultos. El consumo frecuente de comida rápida está asociado con el incremento en el IMC, estudios reportan que el fácil acceso a restaurantes de comida rápida o la cercanía de estos favorece la probabilidad de consumo en este tipo de restaurantes que principalmente predominan en poblaciones de bajos ingresos. En las escuelas estos alimentos propician en los estudiantes un menor consumo de frutas y verduras, así como un incremento en el consumo de refrescos, frituras, propiciando el sobrepeso, en comparación con jóvenes en donde sus escuelas no están cerca de estos establecimientos. En algunas escuelas se vende fruta picada, sin embargo, existe mayor preferencia de los niños por pizzas, chicharrones, helados y dulces, para ellos representa socialmente placer y gusto en este ámbito.²¹

1.4 PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN

Como lo mencionamos con anterioridad, los padres tienen un papel relevante en la alimentación de sus hijos, las prácticas de alimentación tienen un

efecto directo sobre la vida del niño y son ellos quienes tienen influencia en los hábitos de alimentación de los hijos además de otros factores claro está. En el momento de que sus hijos consumen los alimentos esta influencia puede ser favorable o dificultar el desarrollo de una alimentación saludable y los patrones de crecimiento ¹⁸

Los padres no tienen un estilo de crianza consistente en sus hijos, es por ello que, las prácticas de alimentación son distintas entre los padres, de acuerdo con las etapas del desarrollo y entre los hijos de una misma familia, lo cual también depende de la edad del niño, sexo, conducta alimentaria y el peso. Los autores sostienen que los padres tienen la tendencia a ejercer mayor control sobre la alimentación de los hijos, cuando están preocupados por el desarrollo del hijo, debido a que: 1 están muy involucrados en la salud, bienestar físico o peso del hijo, 2 perciben que el hijo está en riesgo de desarrollar problemas de alimentación y/o peso basados en la historia familiar u otros factores de riesgo percibidos y 3 no creen que el hijo sea capaz de auto controlar su alimentación. Sin embargo, algunos estudios reportan que dependiendo de la psicopatología de los padres, en especial la madre, va a realizar o llevar a cabo un tipo de práctica de alimentación que más adelante detallaremos.²¹

Las prácticas de alimentación son parte de una cultura y tradición, varían dependiendo del grupo y características del lugar, la disponibilidad de los alimentos, aceptación o rechazo por parte de los niños y de las creencias en relación que se tenga hacia ciertos alimentos, intentar cambiar estas

prácticas requeriría de tiempo, el cambio de creencias, actitudes y que éste se perciba como una amenaza para la salud.²³

En el cuadro 2, se describen las principales prácticas parentales de alimentación. Como podemos observar se destacan algunas prácticas de alimentación que los padres realizan, las prácticas de control las cuales están conformadas por la presión para comer (que se caracteriza por que el niño se termine todo lo que tiene en su plato) y la práctica denominada restricción de alimentos ya sea abierta (los niños son conscientes que están prohibidos ciertos alimentos) o encubierta (esta restricción no está establecida en la casa o familia, pero los padres no llevan a casa cualquier tipo de alimento denominado “chatarra”), la manipulación que consiste en utilizar los alimentos como recompensa o castigo; el modelamiento que consiste en que los padres realizan la misma acción como modelos (es decir, los padres consumen lo que les gustaría que sus hijos comieran, generalmente utilizan las verduras o alimentos que consideran ayudará a su desarrollo). La siguiente práctica en donde se cambian y/o modifican alimentos, consiste en que los padres de alguna manera “engañan” a sus hijos, insertando alimentos no deseados dentro de los platillos favoritos, o simplemente añadiendo algún tipo de aderezo que propicie el interés de los niños para su consumo. La sustitución es la práctica en donde los padres ofrecen el cambio de alimento de uno considerado “no saludable” por otro “saludable”. Y por último, tenemos a la que los padres ejercen total ignorancia en relación a la alimentación de sus hijos, es decir, los padres

proporcionan los alimentos que sus hijos les piden, no fomentan el consumo de un alimento nuevo.²¹

La restricción como práctica de alimentación se utiliza para desalentar el consumo de alimentos indeseables (botanas, helados, etc.). La estrategia consiste en no comprar tales alimentos, el cual incluye no llevar al niño a establecimientos de comida rápida. Algunos alimentos solo son reservados para ocasiones especiales como los fines de semana.²⁴

El uso de prácticas de control encubierto de la alimentación ha sido vinculado con el consumo de pocos aperitivos o botanas no saludables y altos niveles de consumo de frutas y verduras, niveles más bajos de neofobia a la comida en niños, mientras que, el control abierto ha sido vinculado con el consumo de más aperitivos saludables y el incremento en el consumo de frutas y verduras en niño. Sin embargo, el uso de prácticas de control en la alimentación materna es mayor cuando hay un incremento significativo del IMC en las niñas. Son las madres quienes establecen mayor control en la alimentación dependiendo del estatus de peso en los niños basándose en la percepción del peso del niño.²⁵

La preocupación por el peso en los niños dependiendo del género representan cierta sensibilidad de los valores sociales, donde las mujeres tienen mayor aceptación siendo delgadas no importando para el caso de los hombres, ellos tienen mayor ventaja una ventaja física y social siendo mas grandes físicamente y con mayor masa magra. La fuerte respuesta en la

ganancia de peso en mujeres podría ser también el resultado de factores personales que limitan el gusto por la dieta o históricamente trastornos alimentarios que son a menudo protectores sobre el mismo sexo del niño y están fuertemente correlacionados con monitoreo y la restricción en la alimentación de las hijas.²⁵

Cabe destacar la importancia que tiene la preocupación de los padres por el peso del niño, ya que, en ocasiones, se asocia con la implementación de prácticas restrictivas de alimentación; es decir, cuando los padres restringen el consumo de ciertos alimentos ya sea de manera abierta o encubierta limitando la ingesta de alimentos indeseables o denominados “alimentos chatarra”. Es decir, la preocupación que tienen los padres acerca del sobrepeso del niño se asocia con prácticas restrictivas de alimentación, mientras que la presión para comer tiene relación con la preocupación del bajo peso del niño.²⁵ Otro factor que destaca por su importancia es el IMC de los padres, se ha encontrado que los padres mayor IMC, incrementan la probabilidad en el uso de prácticas restrictivas de alimentación. A mayor IMC de los padres mayor uso de prácticas restrictivas de alimentación en sus hijos.

La restricción podría no estar asociada con el disfrute de alimentos para los padres, están satisfechos si sus hijos disfrutan comer, y por lo tanto no es probable que restrinjan la ingesta de sus niños que aquellos que disfrutan menos los alimentos. En contraste, los niños que no disfrutan de comer

podrían ser percibidos que “necesitan” un poco de presión para lograr los objetivos de la madre para la ingesta energética adecuada.²⁵

Para la práctica modelamiento es utilizado por es utilizado por las madres para fomentar el consumo de alimentos comunes o habituales, así como, la introducción de alimentos nuevos aunque la estrategia más utilizada es que la madre o el padre coman con el niño.²⁴

La persuasión se utiliza, comúnmente, para decirles a los niños “que los dientes tendrán alguna consecuencia si ellos comen pocos alimentos”, así como la negociación; acordar un sustituto saludable por un alimento indeseable o realizar actividades relacionadas con la comida como cocinar. La recompensa es utilizada para fomentar y desalentar el consumo de alimentos, pero no para la introducción de nuevos. La recompensa es contingente al terminar la comida, pero, ocasionalmente, al comer justo un poco de esto, por ejemplo, postres.

La estrategia de exposición repetida es usada para introducir alimentos nuevos y, ocasionalmente, para fomentar el consumo de alimentos no preferidos. Padres quienes reportan un alto grado de control en el niño (padres que ejercen control con relación a las conductas de alimentación en sus hijos) lamentablemente sus conductas son opuestas tomando prácticas más permisivas y hasta negligentes, dejando a sus hijos con una alimentación poco saludable.²⁴

Las formas en cómo los padres intervienen en la alimentación de los niños han sido denominadas prácticas parentales alimentarias. De acuerdo con Vaughn, dichas prácticas se refieren a todas aquellas conductas o acciones que los padres realizan con el propósito de influir en la conducta alimentaria de sus hijos. Como puede identificarse, la definición puede aplicarse a un sinnúmero de conductas realizadas por los padres. Estos mismos autores se dieron a la tarea de realizar una revisión sobre lo que se ha reportado en la literatura al respecto de estas prácticas, a través de la cual se identificó una falta de consenso respecto al uso de la terminología y poca claridad en sus definiciones, lo cual representa una dificultad para poder entender cómo se relacionan con la conducta alimentaria de los niños. Los autores sugieren que unificar y poner en común dicha terminología y definiciones, facilitaría y efficientizaría la investigación sobre este tema, por ello propusieron la clasificación de las prácticas como un primer paso.

Organizaron la información en tres constructos de orden superior que hacen referencia al propósito de los padres al usar prácticas específicas. Dentro de cada constructo se clasifican subconstructos que hacen referencia a prácticas específicas. A continuación, se describen los constructos y subconstructos de las prácticas parentales alimentarias: 1 Control coercitivo, prácticas cuyo propósito es dominar, presionar e imponerse sobre la conducta alimentaria del niño. Los subconstructos que lo conforman incluyen la restricción, presión para comer, amenazas y sobornos, y el uso de los alimentos para el control de emociones negativas; 2 Estructura, prácticas

que tienen el propósito de organizar el entorno para facilitar el desarrollo de competencias en los niños. Los subconstructos que lo componen son reglas y límites, opciones limitadas o guiadas, monitoreo, rutinas de comida y merienda, el modelado, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y preparación de alimentos; 3 Apoyo a la autonomía, prácticas con el propósito impulsar la capacidad del niño para autorregularse en ausencia de los padres, favoreciendo en el niño la apropiación de los comportamientos que el padre le enseña. Los subconstructos son educación nutricional, la participación de los niños, animar, elogiar, el razonamiento y la negociación.²⁶

1.4.1 RESTRICCIÓN

La restricción es una de las prácticas parentales alimentarias que más ha sido evaluada y estudiada. Una de las definiciones para esta práctica es la propuesta realizada por Vaughn quien la describen como la limitación que hacen los padres de manera estricta respecto al acceso o las oportunidades de consumir determinados alimentos, generalmente aquellos considerados como poco saludables (con alto contenido graso o energético).²⁶

Algunos estudios, como el de Fisher y Birch utilizaron The Child Feeding Questionnaire (CFQ)²¹ que evalúa el alcance que tienen los padres de restringir el acceso a alimentos y se evalúa con ítems como “tengo que estar seguro de que mi hijo no come demasiados alimentos altos en grasa”, “si no guio o regulo la alimentación de mi hijo, podría comer muchos alimentos

chatarra”. Con estos reactivos lo que se evalúa son las creencias de los padres sobre como alimentan a sus hijos, mas no concretamente si restringen el acceso a ciertos alimentos. En otra investigación se define a la restricción en términos de limitar el acceso físico a determinados alimentos evaluaron la restricción con la siguiente pregunta: “¿existen alimentos específicos que no permite que su hijo coma o beba” si/no, ¿cuáles de estos?: dulces, galletas, pasteles, refrescos, papas fritas y azúcar. En este estudio la restricción supone prohibir a los niños consumir alimentos específicos que son de alto contenido energético.²³

Si bien las definiciones de la práctica de restricción que se proponen en cada trabajo coinciden en algunas características como lo es el tipo de alimento que se restringe, el de alto contenido energético, difieren en elementos que son relevantes.

Por ejemplo, mientras en una de las definiciones hace referencia a limitar el acceso a las oportunidades de consumo, otra propone prohibir el consumo de ciertos alimentos particulares. Limitar y prohibir son descriptores que implican acciones distintas.²⁶

Vaughn propuso algunas distinciones que consideraron necesarias para esta práctica, diferenciando dos tipos de restricción: a) Restringir de manera directa y abierta un alimento. Este tipo de restricción implica no permitir al niño hacer elecciones, donde incluso los padres pueden usar mandatos o amenazas que involucran castigos y; b) Restringir de manera indirecta y no

coercitiva. Es un tipo de restricción más sutil, pues los padres pueden no llevar cierto tipo de alimentos a casa y de esta manera controlar la disponibilidad. También se pueden limitar las opciones de alimento a las que puede acceder el niño y/o razonar junto con él para controlar su ingesta. Las implicaciones que tiene cada tipo de restricción, tanto en su definición como en las acciones que las caracterizan, permiten cuestionar si es necesariamente coercitiva o si la segunda pudiera nombrarse de otra manera. Como ya se ha señalado, el uso de esta práctica se ha asociado particularmente con los alimentos que son de alta densidad energética, lo cual es un elemento importante en la definición de la restricción. Generalmente, los tipos de alimentos que se restringen son altos en grasa y/o azúcar y suelen ser reconocidos como “poco saludables”, son alimentos que los padres preferirían que sus hijos consumieran en pequeñas cantidades y de manera ocasional.²⁶

La forma concreta en cómo se realiza una restricción de estos alimentos, puede ser la clave sobre lo que un niño puede aprender respecto a su ingesta; por ejemplo, no sería lo mismo restringir poniendo un cierto límite en el cual se permita que el niño coma una determinada cantidad de algún alimento a una prohibición total en la que al niño no se le permite comer del alimento “malo”. Las distinciones y elementos relacionados a la práctica de restricción que han sido mostrados son necesarios de analizar para esclarecer lo que se entiende por dicha práctica y lograr consensuar su

definición. Una caracterización conductual de la práctica favorecería su entendimiento

1.4.2 USO INSTRUMENTAL DE LOS ALIMENTOS.

Una tercera práctica parental alimentaria en la que también parece haber dificultades para unificar su definición es la que se refiere al uso instrumental de alimentos. Vaughn incluye en su clasificación el uso de amenazas y sobornos basados en alimentos para que el niño coma o se comporte de determinada manera, o bien, el uso de incentivos no alimentarios para lograr que el niño coma. En un estudio realizado por Kiefner-Burmeister, en 2014 se utilizó The Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) para evaluar el uso de alimento como recompensa. En dicho cuestionario se explora si los padres usan la comida para recompensar el comportamiento del niño y se incluyen ítems como “ofrezcos dulces, caramelos, pasteles, galletas o helados a mi hijo como recompensa de su buen comportamiento”, “retengo dulces/postre a mi hijo por su mal comportamiento”, “ofrezco a mi hijo sus comidas favoritas a cambio de un buen comportamiento”. Estos ítems evalúan formas diferentes de hacer uso instrumental de los alimentos, las cuales implican conductas distintas. Según sea aplicada esta práctica se pueden tener efectos distintos sobre la conducta alimentaria de los niños.²⁶

1.5 PERCEPCIÓN DEL PESO

La percepción del peso en los niños ha sido un factor que en últimos estudios ha mostrado gran relevancia, podría considerarse el medio para que

las madres decidan cómo alimentarán a sus hijos; sin embargo, se ha encontrado que en ocasiones no es percibido por parte de las madres, principalmente en niños más pequeños como preescolares.²²

En estudios del 6% de los padres que consideraban que sus hijos tenían sobrepeso, el 17.5% tenían sobrepeso y 15% con bajo peso. Las madres con mayor edad y más peso tienen una mejor percepción del IMC de los niños y son quienes monitorean el consumo de grasas en sus hijos.²⁴

Por otro lado, se ha encontrado que respecto a su propio peso más del 90% de las madres se percibieron con sobrepeso u obesidad, pero no lograron percibir el de sus hijos, en especial, las madres con nivel educativo inferior.²² Los padres que tienen altos niveles de conocimientos saludables podrían tener una percepción más acertada del peso de sus hijos. La preocupación por el peso del niño fue analizada como un predictor potencial en la exactitud de las percepciones de los padres del peso corporal de sus hijos. Dicho propósito sugiere otra distinción que se ha señalado como necesaria para esta práctica. Por un lado, una presión que hace referencia a comer mayor cantidad de alimentos saludables y por otro, una presión respecto comer mayor cantidad de alimentos en general.²⁶

Las distinciones señaladas hasta ahora en torno a la presión para comer permiten entender más ampliamente a qué se puede estar refiriendo esta práctica y las diferentes formas en cómo puede ser entendida. Sin embargo, continúa sin ser claro cuáles son las conductas concretas que caracterizan

cada una de estas formas de presionar. Identificar, diferenciar y reconocer las conductas que las definen permitiría precisar conceptualmente los tipos de presión, incluso delimitar si el uso de la terminología es el adecuado. Finalmente, se favorecería el estudio respecto la relación que guardan el uso de estas prácticas con la alimentación de los niños.²⁶

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien el sobrepeso y la obesidad eran considerados un problema propio de los países industrializados de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando considerablemente en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos²³

La obesidad ha resultado ser una enfermedad difícil de tratar, ha ocasionado un crecimiento acelerado de padecimientos como la diabetes mellitus que es atribuible al exceso de peso en el 90% de los casos. ¿Pero qué ha pasado en los últimos años que ha generado esta transformación en el peso corporal? Las causas son múltiples y complejas de contrarrestar, diversos estudios se enfocan en la disminución de la actividad física, una gran transformación en los hábitos alimentarios, conductas sedentarias (incremento en el uso de televisión, computadora, teléfonos móviles, tabletas, etc). En relación con los hábitos, se ha exacerbado el consumo de refrescos y bebidas azucaradas, mayor consumo de alimentos con alta densidad energética y fuera de casa, incremento en el tamaño de las porciones. El estilo de vida se ha modificado, la mujer quien era la encargada del cuidado de los niños y la alimentación se ha insertado en el ámbito laboral con la intención de apoyar en el gasto familiar, generando una disminución en el tiempo para la preparación de alimentos dentro de casa. Por otro lado, las creencias en relación con el exceso de peso, las prácticas parentales de alimentación de acuerdo con la literatura tienen un efecto en el IMC en niños escolares. Por tal motivo en este estudio nos enfocaremos en

analizar cuáles son las creencias hacia el exceso de peso y ver la relación que tiene con las prácticas y conductas de alimentación parental.

3. JUSTIFICACION

La obesidad representa un problema de salud pública y se considera una pandemia que afecta tanto a países industrializados como menos industrializados. Se ha señalado que, entre los factores ambientales, la convivencia en el seno familiar podría favorecer el desarrollo de obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes, en ocasiones favoreciendo un franco ambiente “obesógeno”. Durante los primeros años de vida el niño debe pasar de una alimentación láctea a una gran variedad de dietas determinadas por la cultura, a la que pertenece el grupo familiar. Todos estos cambios ocurren en los primeros 5 años de vida. El tema relacionado con la formación de hábitos y conducta alimentarios tiene gran trascendencia, especialmente si tenemos en cuenta que sus desviaciones pueden ocasionar dos situaciones extremas: por un lado, déficit nutricional, preocupación clásica de las madres, y por el otro, de más reciente aparición, el sobrepeso y la obesidad, nuevos motivos de preocupación.

La Organización Mundial de la Salud plantea que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, rescatando el papel de la familia y de los responsables del cuidado de los niños. En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios, ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños mediante el aprendizaje.² Son muy pocos los estudios que se han realizado sobre como la conducta alimentaria está vinculada con factores familiares y sociales y como éstos a la inversa determinan patrones anormales a la hora de alimentarse y éstos a su vez

enfermedades crónicas en un futuro, por ello consideramos importante éste estudio en niños y niñas de 5 a 11 años que acuden a la consulta externa para poder identificar las creencias y practicas parenterales alimentarias que se tienen, con el objeto de elaborar estrategias y materiales educativos que permitan desarrollar hábitos alimentarios saludables en los niños, que los involucren, y así mismo a sus padres y cuidadores.

4.OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los tipos de conducta alimentaria que ejercen los padres de niños escolares con sobrepeso y obesidad del hospital regional ISSEMYM Zumpango a través de cuestionario QFC (De actitudes, creencias y prácticas de alimentación infantil, las actitudes de los padres y su percepción sobre el peso de su hijo), en la versión adaptada a la población mexicana por Navarro en 2006.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares del hospital regional ISSEMYM Zumpango a través del IMC.
- Determinar si el sobrepeso y la obesidad en los integrantes de la familia están relacionados con malos hábitos de alimentación.
- Determinar qué tipo de practica alimentaria prevalece en los escolares con sobrepeso y obesidad del Hospital regional Issemym Zumpango.
- Identificar el tipo de prácticas de alimentación que realizan las madres de acuerdo al IMC de sus hijos.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, transversal, observacional y cualitativo.

5.2 POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Población: La madre o padre que son cuidadores de niños de 5 a 11 años que presenten sobrepeso y obesidad en el consultorio 2 turno vespertino de la consulta externa del hospital regional Issemym Zumpango.

Lugar: Se llevará acabo en la unidad de consulta externa del hospital regional Zumpango del ISSEMYM.

5.3 TIEMPO DE ESTUDIO:

Del 1ro de noviembre de 2018 al 30 de junio de 2019

5.4 TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

No probabilístico, por conveniencia

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION

5.5.1 INCLUSION

- Derechohabientes de ISSEMYM
- Padres de Niños de 5 a 11 años con problemas de sobrepeso y obesidad

- Padres o cuidadores de escolares de 5 a 11 años que tengan IMC en percentil por arriba de 85 en sobrepeso y por arriba de 97 en obesidad.
- Que sepan Leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio y libremente contestar los cuestionarios.

5.5.2 EXCLUSION

- Niños con peso dentro de parámetros normales
- Pacientes que tengan causas secundarias a sobrepeso y obesidad.
- Que no contesten adecuadamente los cuestionarios.

5.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Encuestas que sean contestados en forma incompleta
- Encuestas con más de una respuesta para la misma pregunta
- Encuestas sin firma de consentimiento informado

6. INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)

Variable independiente: sobrepeso y obesidad en niños de 5ª 11 años

Variable dependiente: prácticas de alimentación parental

VARIABLES INDEPENDIENTES	INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLES
Edad	Edad	Años	Cuantitativa Discreta
Genero	Cuestionario	Femenino Masculino	Cuantitativa Nominal
Escolaridad	Cuestionario	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Cualitativa
Estado civil	Cuestionario	Casado Unión libre Soltero	Cualitativa
IMC	Cuestionario	El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla. Para clasificar a los niños se tomará los puntos de corte de las tablas de center for Disease and Prevencion (2000)	Cualitativa
Prácticas de alimentación	Cuestionario	Son conductas específicas orientadas a una	Cualitativa

		meta en particular, a través de las cuales los padres desempeñan su papel como el monitoreo, la restricción los halagos etc.	
Cuando su niño esta en su casa con que frecuencia es usted la responsable de alimentarlo	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Como definiría su propio peso durante: su niñez (5 a 10 años)	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
Como definiría su propio peso : su adolescencia	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
Como definiría su propio peso: de sus 20 a 29 años	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cuantitativa ordinal
Como definiría su propio peso: actualmente	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
Como definiría el peso de su hijo: Durante el primer año de vida	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
De 1 a 3 años	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
En preescolar	Cuestionario	Con mucho peso	Cualitativa ordinal

		Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	
De preescolar a segundo grado de primaria		Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
De tercero a quinto de primaria	Cuestionario	Con mucho peso Alto peso Normal Bajo peso Muy bajo peso	Cualitativa ordinal
Que tanto le preocupa que su hijo como demasiado cuando usted no esta	Cuestionario	Mucho Poco Nada	Cualitativa ordinal
Que tanto le preocupa que su hijo tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado	Cuestionario	Mucho Poco Nada	Cualitativa ordinal
Tengo que asegurarme que mi hijo: No como muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
No coma muchos alimentos grasosos	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
No coma mucho de sus alimentos favoritos	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Mantengo a propósito algunos alimentos fuera del	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces	Cualitativa ordinal

alcance de mi hijo		Algunas veces Rara vez Nunca	
Ofrezco golosinas(dulces, helados, pastelitos, galletas) a mi hijo como premio por su buena conducta	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Ofrezco a mi hijo su comida favorita a cambio de que se porte bien	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Si yo no vigilara la alimentación de mi hijo(a), el comería mucha comida chatarra	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Le prohíbo comer a mi hijo: Golosinas (dulces helado , galletas)	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Comida chatarra(chetos, chicharrones) cuando se porta mal	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Que tan al pendiente esta usted de la cantidad de golosinas que como su hijo	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal
Que tan al pendiente esta usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones) que como su hijo	Cuestionario	Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Rara vez Nunca	Cualitativa ordinal

6.2 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital regional ISSEMYM Zumpango en el consultoría de consulta externa del turno vespertino se localizó a pacientes escolares (5 a 11) se tomaron medidas antropométricas como peso y talla y posteriormente se decidió la toma de IMC para clasificar según percentiles, se solicitó permiso a los padres de los niños y se aplicó cuestionario QFC (De actitudes, creencias y prácticas de alimentación infantil), las actitudes de los padres y su percepción sobre el peso de su hijo. Se aplicó el siguiente instrumento.

6.2.1 CHILD FEEDING QUESTIONNAIRE.

El Child Feeding Questionnaire (CFQ), o Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación es un auto reporte desarrollado para identificar las prácticas de alimentación infantil, las actitudes de los padres y su percepción sobre el peso de su hijo, usando una escala Likert de 5 puntos²³. Contiene 31 ítems, los cuales están divididos en 7 factores diferentes. Los primeros 4 factores se refieren a la percepción de los padres en la alimentación:

Responsabilidad percibida (3 ítems): Evalúa la percepción de los padres en cuanto a la responsabilidad de la alimentación infantil.

Percepción del peso del padre -o persona que responde el cuestionario- (4 ítems): Evalúa la autopercepción del peso a lo largo de la historia de vida de la persona que responde el cuestionario.

Percepción del peso del niño (3 ítems): Evalúa la percepción de los padres acerca del peso de sus hijos a lo largo de su historia de vida.

Preocupación de los padres acerca del peso del niño (3 ítems): Evalúa la preocupación de los padres acerca del peso del niño y su riesgo a tener o contraer sobrepeso.

Los siguientes 3 factores evalúan las actitudes y prácticas de los padres con respecto al uso de estrategias de control en la alimentación infantil.

Monitoreo (3 ítems): Evalúa el grado en que los padres supervisan la alimentación de sus hijos.

Restricción (8 ítems) Evalúa el grado en que los padres restringen el acceso a algunos alimentos a sus hijos.

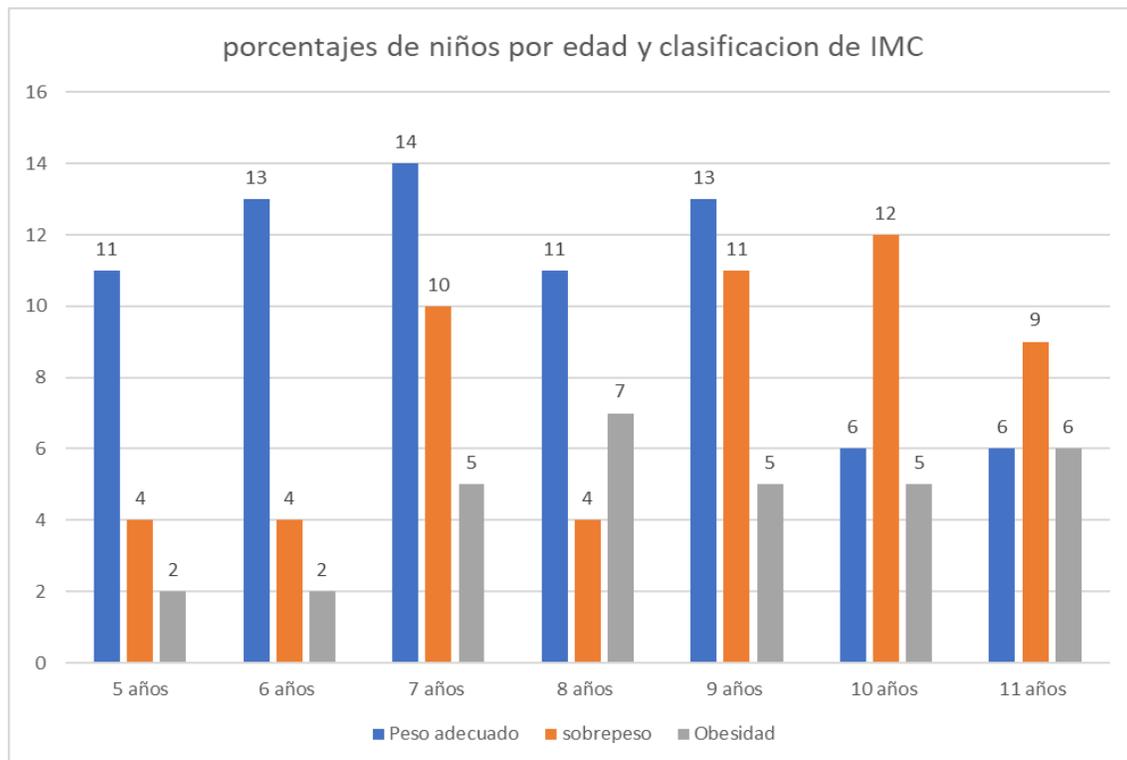
Presión para comer (4 ítems): Evalúa la tendencia de los padres a presionar a sus hijos a comer más, por lo general en las comidas principales.

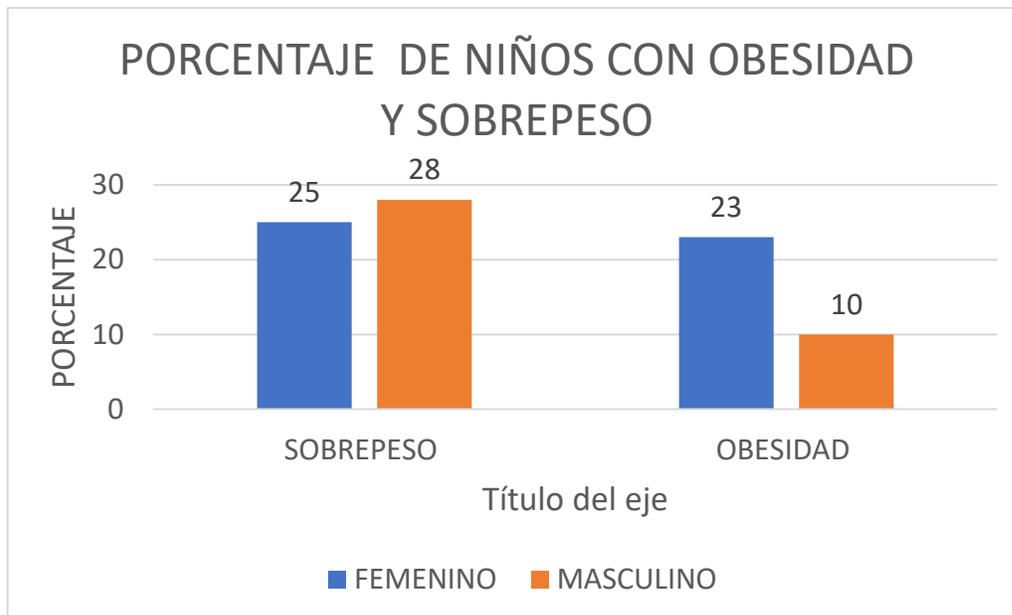
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con la Asociación Médica Mundial que promulgo en la declaración de Helsinki de 1964, así como en la Ley general de Salud en su título quinto la propuesta de principios éticos que los médicos deben seguir al realizar investigación médica en seres humanos, la presente investigación no representa riesgo para los pacientes, porque solo se realizó la evaluación de prácticas de alimentación parental por medio de una encuesta.

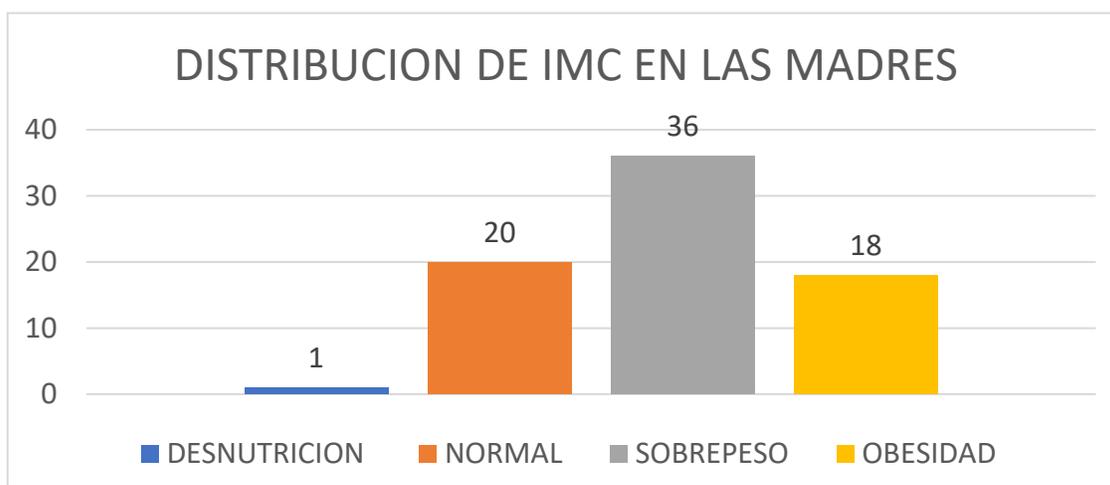
8. RESULTADOS

El cuestionario se aplica 86 madres cuyos hijos entraban dentro de los criterios de inclusión durante el tiempo del estudio se captaron 136 escolares que van de entre edades de 5 a 11 años siendo 48 % masculinos y 52 % femeninas, siendo 89 el total de escolares que cubrían el requisito para inclusión del estudio sin embargo se eliminaron 3 cuestionarios ya que no se completaron de forma adecuada.

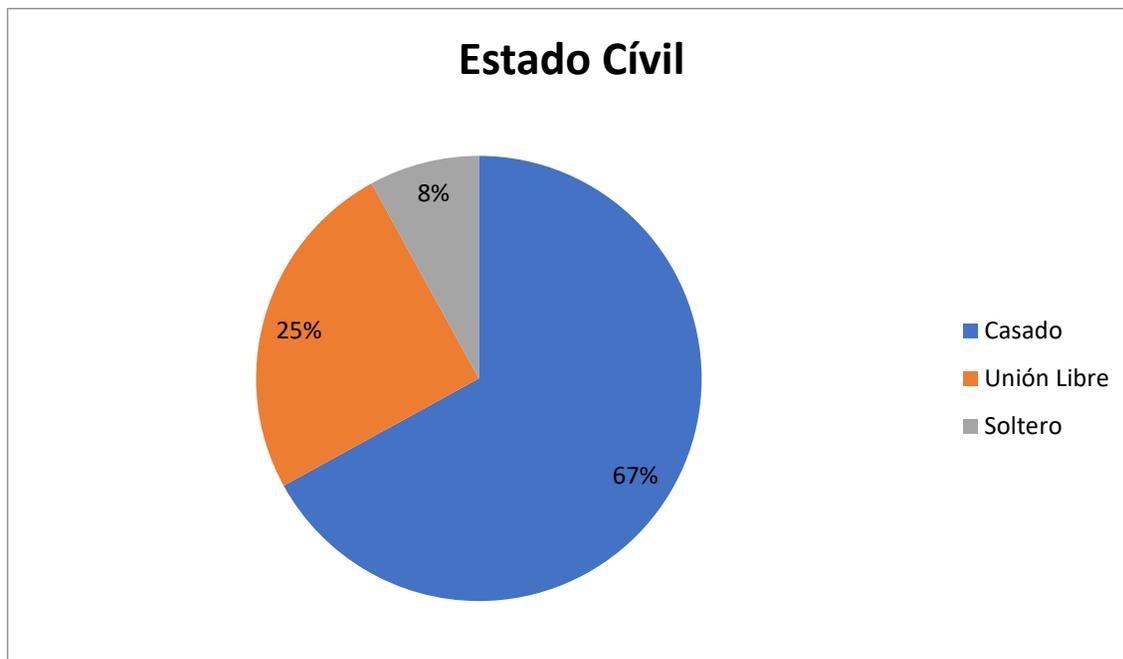




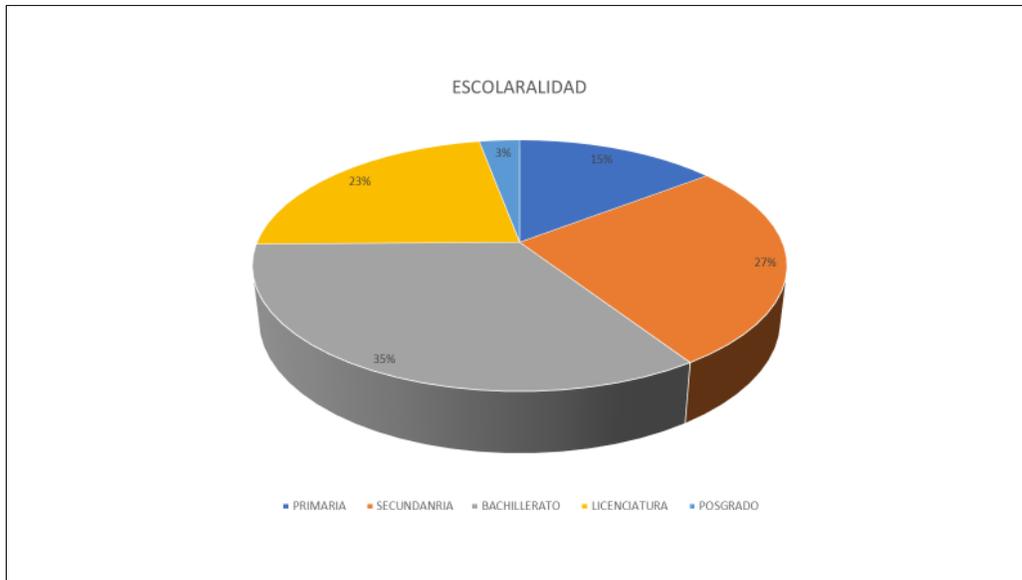
A las madres participantes se les preguntó su peso y talla y de ahí se obtuvo su índice de masa corporal cuya clasificación se basó en lo propuesto por la clasificación de la OMS, podemos observar en la gráfica que el 18% de ellas presenta obesidad y lo que sumado con el porcentaje de sobrepeso nos da un 56% que está muy por encima del 22 % de madres con peso adecuado.



La edad de las madres y cuidadores se encuentra de entre los 17 años y los 60 años, dentro del estado civil tenemos que 67% de las madres está casada el 25% vive en unión libre y el 8% es soltero.

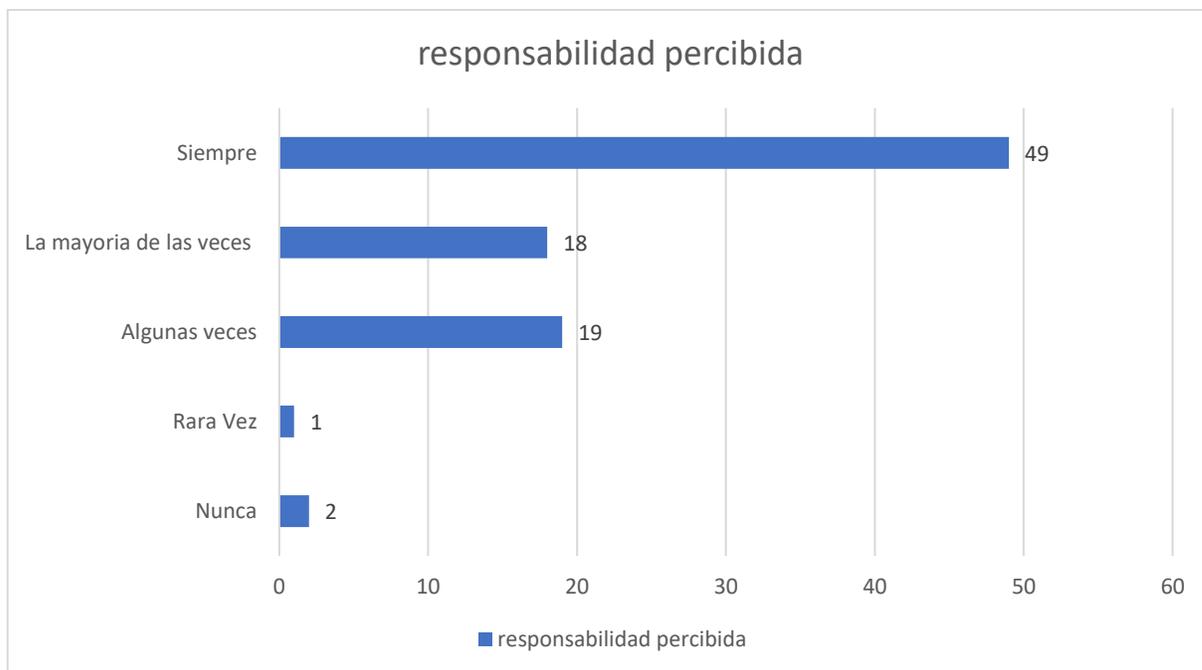


En base a su escolaridad, 15% cuentan con educación primaria, 27% con educación secundaria, 35% con nivel bachillerato, 20% con licenciatura, 3% con posgrado. En la ocupación el 42% de las madres no trabaja el otro 68% si trabajan.

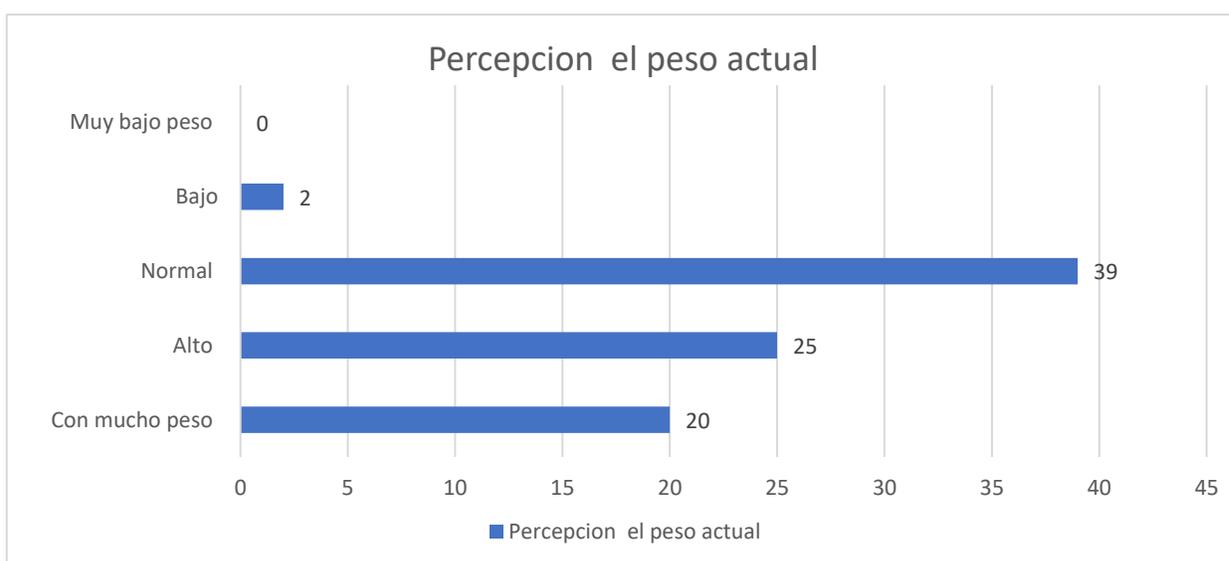


En relación con los resultados obtenidos con la escala de El Child Feeding Questionnaire (CFQ), o Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación:

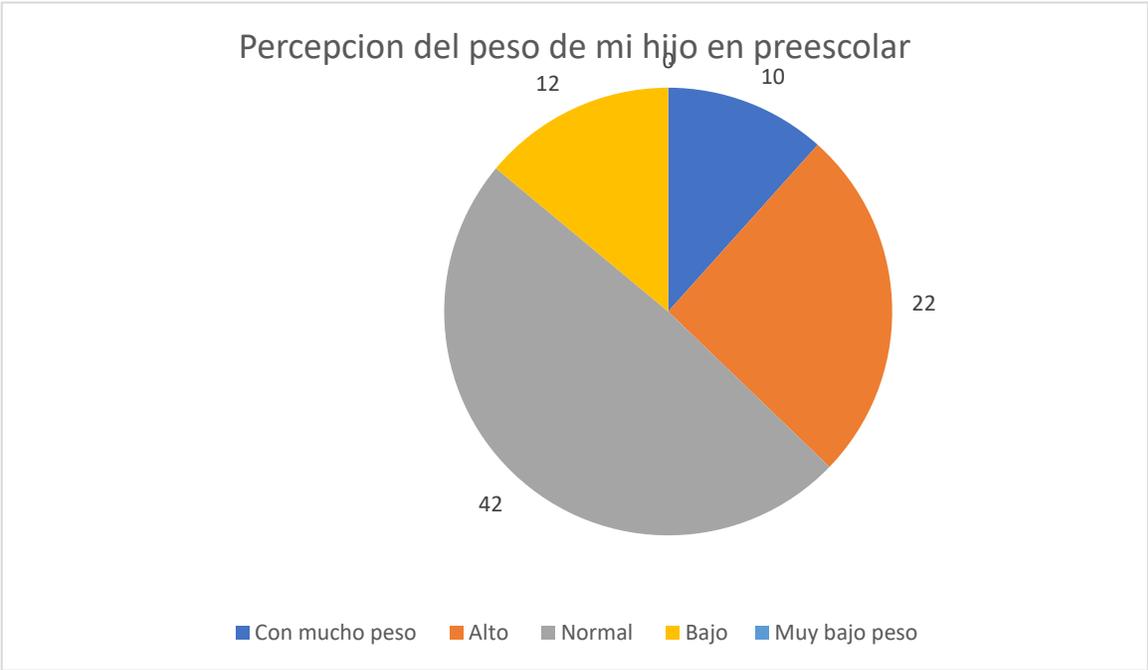
En el apartado de responsabilidad percibida tenemos que en la pregunta: esta al menos un padre presente cuando el niño come el 49 % de los padres están casi siempre presentes al momento de proporcionarle alimentos a sus hijos el 18% la mayoría de las veces, el 19 % alguna veces, solo 3 % de los padres no se cuenta la cuidado de la alimentación de su hijo



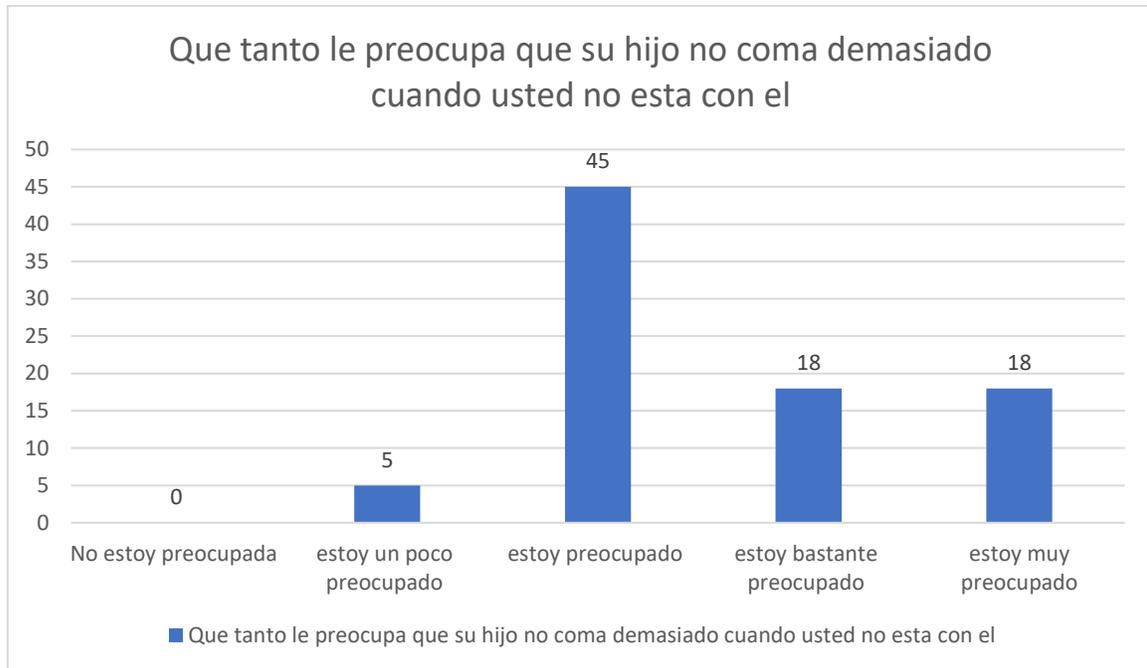
En el apartado percepción del peso del padre en la pregunta ¿respecto a su propio peso como como se ve usted mismo en la actualidad? Tenemos que el 39 % de los padres se observa con normal peso, 25 % con alto peso mientras que 20% se observan con mucho peso. Solo 2% dijeron que tenían bajo peso.



En apartado de percepción del peso del niño como veía el peso de su hijo en preescolar el 42 % lo ven normal el 22 % con peso alto el 10% con mucho peso y el 12 % lo ven con peso bajo.

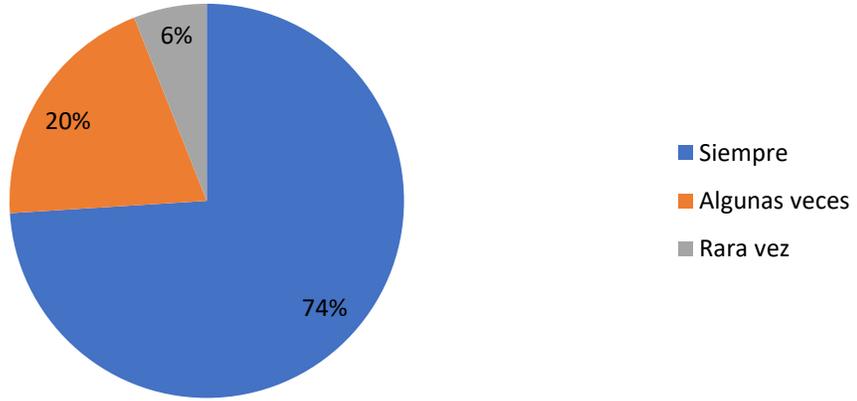


En el apartado percepción y control del peso del niño, en la pregunta ¿que tanto le preocupa que su hijo coma demasiado cuando usted no está cerca? El 45 % de los padres es preocupado el 18% está muy preocupado y el 18% está bastante preocupado solo en 5 % está un poco preocupado



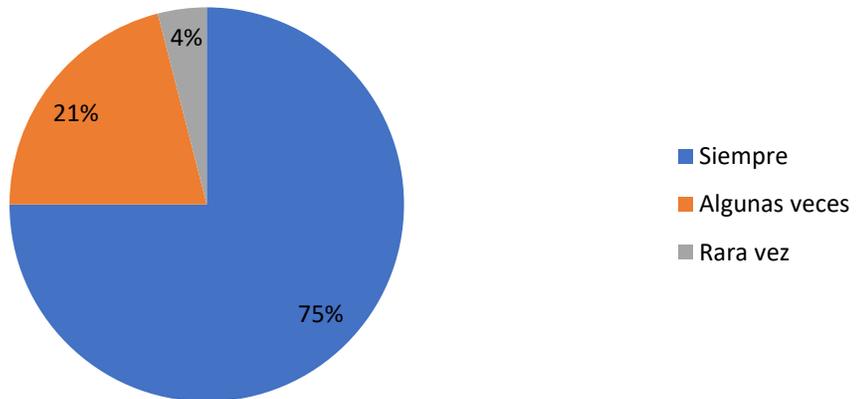
En la pregunta permite que con la cantidad de alimento que quiere en las comidas el 73% siempre permite que coman lo que quieran, el 25 % a veces lo permite y solo en 2 % en raras ocasiones lo permite. ¿En el cuarto apartado de restricción y presión en la pregunta se asegura que su hijo (a) no coma demasiados dulces? El 74 % se asegura de que no consuman demasiados dulces el 20% sol alguna vez y el 6% rara vez cuidan que no coman demasiados dulces.

¿Se asegura que su hijo (a) no coma demasiados dulces?



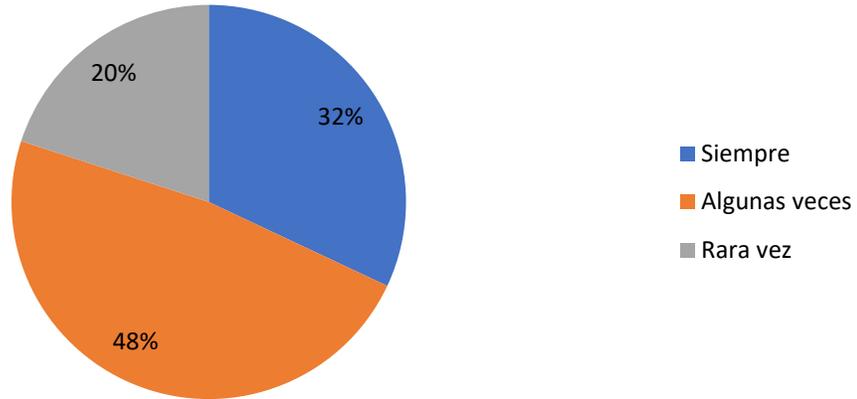
¿En la pregunta se asegura que su hijo no coma demasiados alimentos con mucha grasa? El 75 % siempre se asegura que no los consuma el 21 % alguna vez lo permiten y el 4 % rara vez lo cuidan.

¿Se asegura que su hijo (a) no coma demasiados alimentos con mucha grasa?



Premia su hijo con dulces cuando se porta bien el 32% siempre lo realiza y el

2.3. ¿Premia a su hijo (a) con dulces o comida cuando se porta bien?

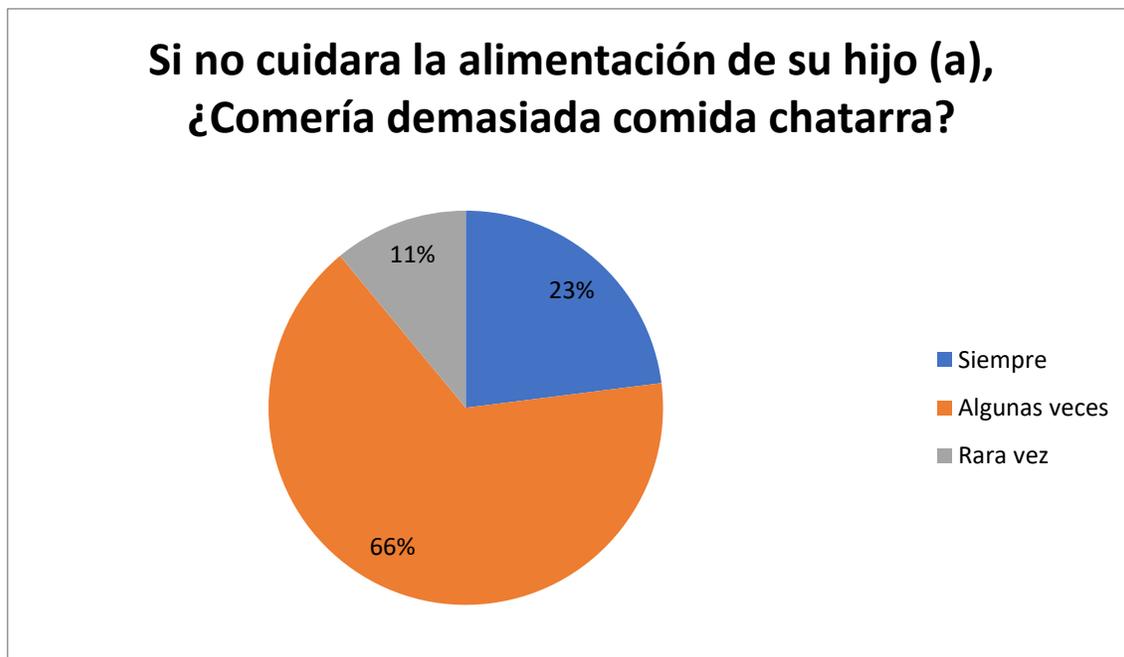


En la pregunta ¿quita algunos alimentos al alcance de su hijo apropiado? El 49 % alguna vez lo realiza el 34% siempre lo realiza y el 17% rara vez lo realiza.

¿Quita algunos alimentos al alcance de su hijo (a) apropiado?

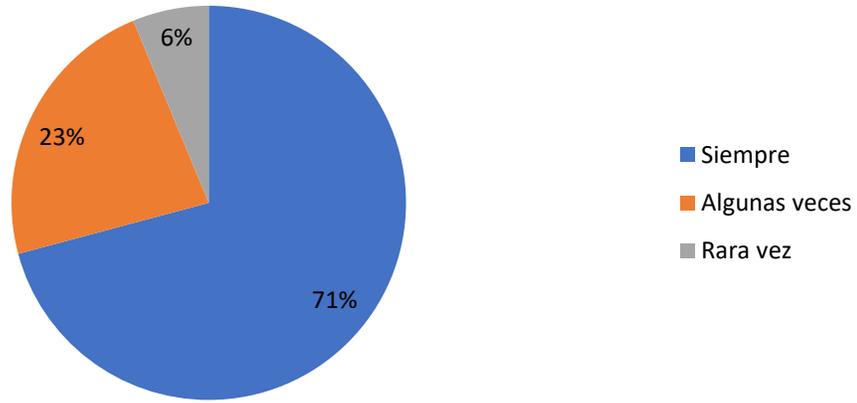


Si no cuidara la alimentación de su hijo. ¿comería demasiada chatarra? El 23% siempre considera que si no lo realizan sus hijos comerían demasiados alimentos chatarra, el 66 % algunas veces lo realizan y solo el 11 % rara vez lo realiza.



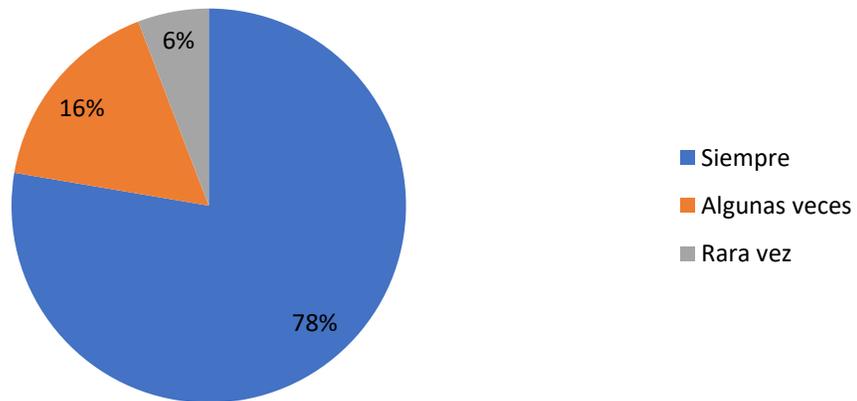
Si no cuidara la alimentación de su hijo comería mucho menos de lo que debe el 71% de la madre consideran que si no están al pendiente sus hijos no comerían adecuadamente el 23% lo considera algunas veces y el 6% rara vez cuida este aspecto.

Si no cuidara la alimentación de su hijo (a), comería mucho menos de lo que bebe?



Se asegura que su hijo(a) coma lo suficiente el 78 % siempre se asegura de que como lo suficiente el 16% algunas veces se asegura y el 6% rara vez lo realiza.

¿Se asegura que su hijo (a) coma lo suficiente?

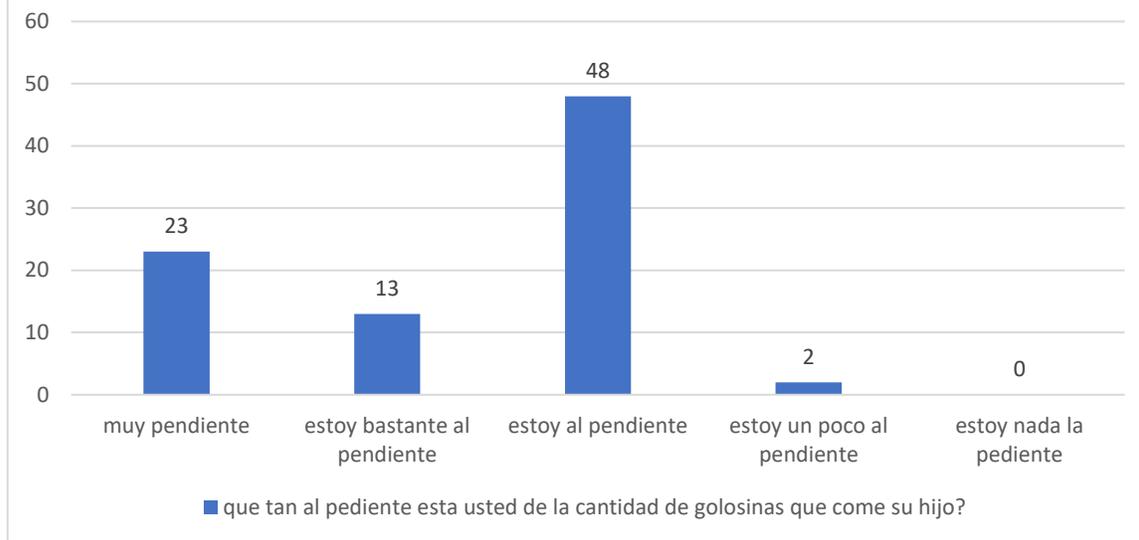


Regularmente su hijo debe terminarse toda la comida del plato el 81% considera que si debe hacerlo y el 17% solo algunas veces el 2 % rara vez lo considera.



En el apartado de monitoreo en la pregunta ¿qué tan al pendiente esta de la cantidad de golosinas que come mi hijo? El 48% está al pendiente el 23% está muy al pendiente el 13 % esta al pendiente y solo el 2 % está la pendiente.

que tan al pendiente esta usted de la cantidad de golosinas que come su hijo?



9. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue investigar cuales eran las conductas parenterales de alimentación que predominaban en los escolares con sobrepeso y obesidad del hospital regional Issemym Zumpango, encontramos que las tendencias más fuertes se presentan en el factor Responsabilidad percibida, donde en promedio las madres perciben que tienen una fuerte responsabilidad con respecto a la alimentación de sus hijos, tanto en su calidad como cantidad. En esta tendencia sigue, el Monitoreo y la preocupación y control del peso del niño mientras que, lo que las madres reportan hacer con una menor frecuencia es restringir la alimentación de sus hijos, casi no tratan de evitar que consuman golosinas, comida chatarra, y cuando se hace es, sobretodo, como medio de castigo para cuando no las obedecen, además de mantener a propósito fuera de alcance de sus hijos algunos alimentos. También encontramos que entren más grandes son los niños menos monitoreo realizan sus madres en cuanto a su alimentación, misma situación se observó que las madres cuyos hijos se clasificaban en obesidad ejercen una menor presión para comer que aquellas que tienen hijo en sobrepeso. Otro factor que llamo mucho la atención es el de la percepción que se tiene del propio peso ya que más del 56 % de las madres que reportaron su peso se clasificaban con sobrepeso y obesidad y ellas se percibían como adecuado peso, lo que podría repercutir en la toma de acciones para el control de este.

10. CONCLUSIONES

Entorno al grave problema que se vive actualmente con relación al incremento del sobrepeso y la obesidad en los últimos años, se ha estudiado desde diversas disciplinas con el objetivo de explicar su multicausalidad. Mediante el estudio de creencias, actitudes y las prácticas de alimentación de las madres se buscó saber que conductas son las que predominan en los escolares con sobrepeso y obesidad, así como analizar las creencias que tienen éstos con relación a las causas del exceso de peso y sus preferencias alimentarias. Las creencias acerca de las causas del exceso de peso son diversas e importantes para guiar el desarrollo de estrategias eficaces sobresalientes en la prevención de esta problemática, sin embargo, el que lo perciban como un problema de salud “grave” y perjudicial para sus hijos o para ellas mismas no implica que sus conductas estarán orientadas al cuidado y a la prevención. La mala alimentación, la función de los padres y la inactividad física son de las principales causas del exceso de peso en los niños de acuerdo con las creencias que tienen las madres y cuidadores primarios. Es interesante destacar la responsabilidad que consideran deben tener los participantes para el cuidado del peso y en el papel que tienen en la alimentación de sus hijos. Es por ello por lo que se tienen que realizar acciones para que los padres estén orientados sobre las buenas practicas de alimentación que puedan ayudar a mejorar el estado de salud de sus hijos evitando consecuencias que pudieran desarrollar enfermedades crónicas que implicarían un problema de salud publica importante.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boletín de Práctica Médica Efectiva, "Obesidad Infantil", Instituto Nacional de Salud Pública, noviembre del 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. "Sobrepeso y Obesidad". Nota descriptiva No. 311, mayo 2012. <http://www.who.int/es/>
3. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
4. Barquera-F S., et al." Obesidad en el adulto". Práctica Médica Efectiva. Instituto Nacional de Salud Pública. Volumen 5, Número 2, marzo 2007.
5. Rodríguez Martínez Gerardo, et al., " Usos del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes". Revista Española Obesidad. 2006; 4 (5): 284-288.
6. Rivera JA, Hernández M, Aguilar C, Vadillo F, Murayama C, editores. Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina; 2012:145–65.

7. Bastos, A. A.; González Boto, R.; Molinero González, O. y Salguero del Valle, A. (2005) Obesidad, nutrición y Actividad Física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 5 (18) pp. 140-153
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>

8. Tejero María Elizabeth. Genetics of obesity. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Jun 19]; 65 (6): 441-450. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600005&lng=es

9. Stunkard AJ, Foch TT, Hrubec Z. A twin study of human obesity. JAMA 1986; 256: 51-54.

10. ANDERSON, D. A. & WADDEN, T. A. Treating the Obese Patient: Suggestions for Primary Care Practice Archives of Family Medicine. 1999, 8, 2, 156- 167.

11. Comuzzie A, Williams J, Martin L, Blangero J. Searching for genes underlying normal variation in human adiposity. Journal Of Molecular Medicine. 2001;79(1): 57-70.12. Laguna-Camacho A. Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 13, No. 4. Octubre-Diciembre 2005 pp 197-202

13 Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr.* 2006 Aug;84(2):289–98. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe final de resultados Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016.

14. Jacoby Enrique, Keller Ingrid. LA PROMOCIÓN DEL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN AMÉRICA LATINA: BUENA OPORTUNIDAD DE ACCIÓN INTERSECTORIAL POR UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2006 Oct [citado 2017 Jun 21] ; 33(Suppl 1): 226-231. Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000300003>

15. Giles-Corti B, Kelty S, Zubrick S, Villanueva K. Encouraging walking for transport and physical activity in children and adolescents: how important is the built environment? *Sports Medicine.* (Auckland, N.Z.) 2009; 39(12): 995-1009.

16. Flores-Huerta Samuel, Klünder-Klünder Miguel, Medina-Bravo Patricia. La escuela primaria como ámbito de oportunidad para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los niños. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Jul 04] ; 65(6): 626-638. Disponible

en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600018&lng=es.

17. Moreno-Altamirano L, García-García J.J, Soto-Estrada G, Capraro S, Limón-Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. Rev Med Hosp Gen Mex 2014; 77:114-23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-epidemiologia-determinantes-sociales-asociados-obesidad-S0185106314000067>

18. De Garine, I., & Luis, V. G. (1997). Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición. Cuadernos de Nutrición, 21-28.

19. Contreras, H. J. & Gracia, A. M. (2005). Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel.

20. Bazerger, T. A., Spencer, C.J. (2004). Maternal nutrition and fetal development. Journal Nutrición, 134(2), 169–72.

21. Brennan, D. & Carpenter, C.(2009). Proximity of Fast-Food Restaurants to Schools and Adolescent Obesity. American Journal of Public Health, 99 (3).

22. Busto, Z. S., Amigo, V.I. y Herrero, D. E.J. (2008). Estudio de la relación entre el estilo de vida y el sobrepeso infantil a través del análisis de ecuaciones estructurales. *Revista Española de Obesidad*, 6(1).38-48.

23. Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding.

24. Foster, L., & Gerould, P. (2004). *Fathers' Impact on Childre's Nutrition*. California: California Research Bureau. Foz, M. (2005). *Historia de la Obesidad*.

12. ANEXOS

Tabla 1. Puntos de corte internacionales para el IMC correspondiente a sobrepeso y obesidad, según sexo y edad, de 2 a 18 años.²

Edad	Sobrepeso IMC 25 kg/m ²		Obesidad IMC 30 kg/m ²	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,58	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,68	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

Fuente: Rodríguez Martínez Gerardo, et al., " Usos del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes". Revista Española Obesidad. 2006; 4 (5): 284-288

TABLA 1

Principales prácticas de alimentación

Control	Presión / estímulo para comer	-Se busca que el niño se termine lo que tiene en su plato -Negociaciones(regateo) con el niño. -Persuasión para que el niño termine ciertos alimentos
	Restricción	-Uso de restricción abierta/encubierta
Manipulación		-Usa la comida como recompensa -Ofrecer recompensas al comer -Imponer castigos al no comer
Modelamiento		-Muestras de consumo por parte de los padres con aceptación.
Sustitución	Cambiando y modificando alimentos	-Añadir azúcar, mantequilla y salsas -Mezclas de alimentos no deseados con un alimento preferido -Ocultar alimentos dentro de un alimento preferido -Ofrecer alimentos en diversas formas -Ofrecer un alimento "mas saludable" cuando el niño pide uno "menos saludable"
Evitar problemas		-Dar lo que los niños demandan -No desalentar hacia algún alimento -No presentar o fomentar algún alimento nuevo

Fuente: (Ventura, Gromis & Lohse, 2010).

CUADRO 1

HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM ZUMPANGO
CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Por favor lea las siguientes oraciones y marque en el casillero el que considere más apropiado

1. Edad: _____
2. Estado civil: _____
3. Ultimo grado de estudios: _____
4. Ocupación: _____
5. Peso de Mama o cuidador: _____ talla de mama o cuidador _____

DATOS DEL NIÑO

Edad:

1	2	3	4	5	6	7
5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años

Genero:

1	2
Masculino	Femenino

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Percentil: _____

Las siguientes preguntas están basadas en diferentes estrategias que algunos padres usan para alimentar a sus hijos (as). Por favor marque con una **X** el cuadro que mejor representen a usted y a su hijo. Conteste en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada renglón.

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿cuándo su niño está en casa con qué frecuencia es usted la responsable de alimentarlo					
Como definiría ud. SU PROPIO PESO durante:	Muy baja de peso	Bajo	Normal	Alto	Con mucho peso
Su niñez (5 a 10 años)					
Su adolescencia					
De sus 20 a 29 años					
Actualmente					

Como definiría el peso de SU HIJO:					
Durante el primer año de vida					
De 1 a 3 años					
En preescolar					
De preescolar a segundo grado de primaria					
De tercero a quinto de primaria					
	No estoy preocupado	Estoy un poco preocupado	Estoy preocupado	Estoy bastante preocupado	Estoy muy preocupado
¿Qué tanto le preocupa que su hijo como demasiado cuando usted no esta con el?					
¿Qué tanto le preocupa que su hijo tenga que hacer dieta para mantener el peso adecuado?					
Tengo que asegurarme que mi hijo:	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
No coma muchas golosinas(dulces, helado, pastelitos, galletas)					
No como mucho alimentos grasosos					
No coma mucho de sus alimentos favoritos					
Mantengo a propósito algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo (a)					
Ofrezco a mi hijo(a) su comida favorita a cambio de que se porten bien					
Si yo no vigilara la alimentación de mi hijo(a), el comería mucha comida chatarra.					
Si yo no					

controlara o guiara la alimentación de mi hijo(a), el (ella) comería mas de las cosas que le gustan					
Mi hijo debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato.					
Le prohíbo comer a mi hijo:					
Golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal					
	Muy al pendiente	Estoy bastante al pendiente	Estoy al pendiente	Estoy un poco al pendiente	Estoy nada al pendiente
¿Que tan al pendiente esta usted de la cantidad de golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) que come su hijo?					
Que tan al pendiente esta usted de la cantidad de comida chatarra (papitas, chicharrones, etc.) que come su hijo?					

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar, el Caudillo del Sur".

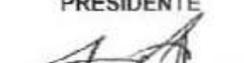
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN Y DE INVESTIGACION EN SALUD

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Educación e Investigación en salud del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dr. Jaime Toral López, Dr. Alberto Velázquez Díaz, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila, Dr. Miguel Ángel Jiménez López, Q.F.B. Ilda Cecilia Almanza Fuentes, Lic. en Admon. Carlos Hugo Camacho Gomez, Dr. Ricardo Flores Osorio, Dr. Amado González Moga, Elba Salcedo Sánchez, Lic. en Enf. Mónica González Correa, en reunión extraordinaria el día 19 de junio del año dos mil diecinueve y ante la presentación del protocolo de tesis la C. Médica Residente **Anne Dolores Robles** de la especialidad de Medicina Familiar, cuyo título es: "**Conducta alimentaria parental de niños escolares con sobrepeso y obesidad.**", quien después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** el desarrollo del presente trabajo.

Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el diecinueve de junio del año dos mil diecinueve.

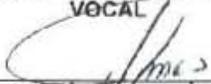

DR. JAIME TORAL LÓPEZ
PRESIDENTE


DR. ALBERTO VELAZQUEZ DIAZ
SECRETARIO


DR. DANTE RIVERA ZETINA
VOCAL


DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO
VOCAL


DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA
VOCAL

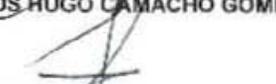

DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ LÓPEZ
VOCAL


ENF. MONICA GONZALEZ CORREA
VOCAL


Q.F.B. ILDA CECILIA ALMANZA FUENTES
VOCAL


LIC. CARLOS HUGO CAMACHO GOMEZ


DR. RICARDO FLORES OSORIO


DR. AMADO GÓNZALEZ MOGA


ENF. ELBA SALCEDO SANCHEZ

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIO