



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92**



**“ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y
OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF
92”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

M.C.Y P. YARISBETH GARCÍA SÁNCHEZ

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2022-1401-036

ASESORAS:

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92.

E. EN MF. ALMA JANET SANTIAGO SANDOVAL

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 92

ESTADO DE MÉXICO

2023





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**"ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y
OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF
92".**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

M.C. Y P. YARISBETH GARCÍA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DELEG. DEL ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

M. EN EDUCACIÓN PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

E. EN MF. RODRIGO RAMÍREZ VALDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92, CIUDAD AZTECA
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



"ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF 92".

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

M.C. Y P. YARISBETH GARCÍA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ

ASESORA DE TESIS, COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

E. EN MF. ALMA JANET SANTIAGO SANDOVAL

ASESORA DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 92

E. EN MF MIREYA PÉREZ PÉREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



“ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF 92”.

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

M.C Y P. YARISBETH GARCÍA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
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
DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

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





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1401**.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS **17 CI 15 033 046**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022**

FECHA **Martes, 28 de junio de 2022**

Dra. alma janet santiago sandoval

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF 92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1401-036

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, por permitirme vivir, aprender y disfrutar cada día, gracias infinitas por darme la fortaleza, el conocimiento y la confianza en mí misma para concluir esta tesis.

Ser madre y estudiante es difícil, más porque sabes que hay unas personitas que quisieran más tiempo para ellos, es por ello por lo que agradezco a mis hijos, su comprensión y tiempo tan valioso, ellos son mi motivación para lograr cada meta, su amor y cariño son los detonantes de mi felicidad y de mi esfuerzo.

Gracias a Carlos mi esposo por su apoyo incondicional, por sus palabras de motivación cuando sentía que ya no podía, cuando sentía que mi esfuerzo dado no era suficiente siempre supiste como alentarme. Gracias Amor por tu compañía en este proyecto.

Agradezco a mi familia que ha estado en cada paso de mi vida, gracias por sus enseñanzas, por su cuidado, gracias por su confianza y palabras alentadoras, gracias, madre por tu apoyo incondicional, por pedir a Dios por mí, gracias hermano por tu apoyo y tu cariño, gracias padre por hacerme ver que no era imposible lograrlo, gracias por hacerme ver que tres años eran un período corto si los contábamos de diferente manera. Gracias a mi suegra, por apoyarme y estar cuando más la he necesitado. Agradezco a Dios su existencia.

Agradezco a mis asesoras Dra. Olivia Reyes y Dra. Alma Santiago por sus enseñanzas, por la complicada tarea de transferir sus conocimientos, ustedes siempre estuvieron dispuestas a aclarar mis dudas, gracias por la orientación y ayuda que me brindaron para la realización de esta tesis.

Gracias a mis amigos por darle un toque especial a mi vida, gracias por esas charlas, por oírme quejar y no juzgarme, gracias por sus consejos, gracias por los momentos de estudio y eventos especiales y motivacionales.

“Gracias a la vida que me ha dado tanto”

TITULO

**“ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y
OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF
92”.**

INDICE

I. RESUMEN ESTRUCTURADO	10
II. MARCO TEÓRICO	14
II.1 Actitud materna	14
II.2 Conductas alimentarias	14
II.3 Sobrepeso y obesidad infantil	15
II.3.1 Epidemiología	16
II.4 Factores de riesgo de la obesidad infantil	16
II.5 Lactancia materna como factor protector del sobrepeso y obesidad infantil	17
II.6 Consecuencias de la obesidad infantil	18
II.7 Forma de identificación de la obesidad infantil	20
III. JUSTIFICACIÓN	21
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
IV.1 Magnitud	23
IV.2 Trascendencia	24
IV.3 Vulnerabilidad	24
IV.4 Factibilidad	25
V. OBJETIVOS	26
VI. HIPÓTESIS	27
VI.1 Hipótesis alterna	27
VI.2 Hipótesis nula	27
VII.MATERIAL Y MÉTODOS	28
VII.1 Características donde se realizó el estudio	28
VII.2 Características del estudio	29
VII.3 Universo de trabajo	30
VII.4 Criterios de selección	30
VII.4.1 Criterios de inclusión	30
VII.4.2 Criterios de exclusión	30
VII.4.3 Criterios de eliminación	30
VII.5 Tamaño de la muestra	31
VII.6 Definición de variables	32
VIII. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	35
VIII.1 Descripción del instrumento 1	35
VIII.2 Descripción del instrumento 2	36
IX. ANÁLISIS DE DATOS	38
X. ASPECTOS ÉTICOS	40
X.1 Código de Nuremberg	40
X.2 Declaración de Helsinki	41
X.3 Informe de Belmont	41
X.4 Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud	43
X.5 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012	45

X.6 Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares	47
XI. RECURSOS FINANCIEROS	48
XII. METODOLOGÍA	49
XIII. RESULTADOS	50
XIV. DISCUSIÓN	65
XV. CONCLUSIONES	69
XVI. RECOMENDACIONES	70
XVII.REFERENCIAS BIBLIÓGRAFICAS	73
XVIII.ANEXOS	79

I. RESUMEN ESTRUCTURADO

ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF 92.

Autores: García, SY.¹ Santiago, SA.² Reyes, JO.³

Antecedentes: El sobrepeso y obesidad infantil son un problema de salud pública que afecta a nivel mundial, México se encuentra dentro de los primeros lugares en sobrepeso y obesidad infantil a nivel mundial. los niños de 6 a 11 años han prevalecido con estos padecimientos en los últimos años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el 2018 a nivel Estado de México según ENSANUT fueron 17.8% y 20.5% respectivamente. Los factores que contribuyen a padecer sobrepeso u obesidad infantil son la dieta principalmente el consumo de alimentos procesados con alto nivel de azúcares, grasas trans y sodio, siendo el segundo factor el sedentarismo esto subsecuente a las horas tras pantalla de los infantes. **Objetivo:** Asociar las actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF No. 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal, de agosto 2021 a noviembre 2022, En madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92, bajo consentimiento informado previamente firmado se aplicaron los cuestionarios actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y conductas alimentarias infantiles (CEBQ), se empleó la prueba de coeficiente de relación Kendall (Stuart- Kendall Tau – C) para conocer la asociación entre las variables. **Resultados:** Se incluyó a un total de 243 madres de escolares de 6 a 11 años de la UMF 92 donde se observó que el 48.6% presento actitud muy positiva hacia el sobrepeso y obesidad infantil, 21.0% presentó actitud positiva, 13.6% presento actitud negativa y el 16.9% presentó actitud muy negativa, con respecto a las conductas alimentarias infantiles el 65.4% de las madres indicó que sus hijos presentan conductas alimentarias negativas y el 34.6% indicó pre sus hijos presentan conductas alimentarias positivas. De las 159 madres que indicaron que sus hijos escolares presentaban conductas alimentarias negativas, 78 de los hijos de dichas madres presentó sobrepeso y obesidad. Al realizar la prueba de coeficiente de relación Kendall (Stuart- Kendall Tau – C) se encontró un coeficiente de correlación de 0.037 por lo que si hay asociación entre las actitudes maternas negativas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y las conductas alimentarias negativas de manera significativa.

Conclusión: las actitudes maternas negativas tienen una significancia importante en las conductas alimentarias de los menores, por lo que es de gran importancia identificarlas de manera precoz para actuar de manera oportuna y prevenir sobrepeso y obesidad infantil y con ello disminuir las enfermedades metabólicas a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: sobrepeso y obesidad infantil, actitudes maternas, conductas alimentarias.

1. Médico cirujano y partero. Residente de la Especialidad en Medicina Familiar UMF No. 92
2. Especialista en Medicina Familiar, adscrita a la UMF No.92
3. Especialista en Medicina Familiar, coordinadora de Educación e Investigación en Salud UMF No. 92

I. STRUCTURED SUMMARY

“MATERNAL ATTITUDES AND EATING BEHAVIORS TOWARDS CHILDHOOD OVERWEIGHT AND OBESITY IN MOTHERS WITH SCHOOLCHILDREN AGED 6 TO 11 AT UMF 92”.

Authors: Garcia, SY.¹ Santiago, SA.² Reyes, JO.³

Background: Childhood overweight and obesity are a public health problem that affects the world, Mexico is among the first places in child overweight and obesity worldwide. children 6 to 11 years of age have been prevalent with these conditions in recent years. The prevalence of overweight and obesity in 2018 at the State of Mexico level according to ENSANUT were 17.8% and 20.5% respectively. The factors that contribute to being overweight or childhood obesity are the diet, mainly the consumption of processed foods with a high level of sugars, trans fats and sodium, the second factor being a sedentary lifestyle, this subsequent to the hours behind the screen of infants. **Objective:** To associate maternal attitudes and eating behaviors towards childhood overweight and obesity in mothers with children from 6 to 11 years of age from UMF No. 92 of the Mexican Institute of Social Security. **Material and methods:** Observational, analytical, and cross-sectional study, from August 2021 to November 2022, in mothers with schoolchildren from 6 to 11 years of age from UMF 92, under previously signed informed consent, the questionnaires maternal attitudes towards child overweight and obesity and child eating behaviors (CEBQ), the Kendall relationship coefficient test (Stuart-Kendall Tau - C) was used to determine the association between the variables. **Results:** A total of 243 mothers of schoolchildren from 6 to 11 years old from UMF 92 were included, where it was observed that 48.6% presented a very positive attitude towards childhood overweight and obesity, 21.0% presented a positive attitude, 13.6% presented a negative attitude. and 16.9% presented a very negative attitude, with respect to child eating behaviors, 65.4% of the mothers indicated that their children present negative eating behaviors and 34.6% indicated that their children present positive eating behaviors. Of the 159 mothers who indicated that their school children had negative eating behaviors, 78 of the children of these mothers were overweight and obese. When performing the Kendall relationship coefficient test (Stuart-Kendall Tau - C) a correlation coefficient of 0.037 was found, so there is an association between negative maternal attitudes towards childhood overweight and obesity and negative eating behaviors in a significant way.

Conclusion: negative maternal attitudes have an important significance in the eating behaviors of minors, so it is of great importance to identify them early to act in a timely manner and prevent childhood overweight and obesity and thereby reduce metabolic diseases in the short term. medium and long term.

Keywords: childhood overweight and obesity, maternal attitudes, eating behaviors.

II. MARCO TEORICO

II.1 ACTITUD MATERNA

Las actitudes son creencias sobre un comportamiento, se describen dos tipos de actitudes: experienciales (se enfocan a lo emocional) y las actitudes instrumentales (la creencia sobre los resultados del comportamiento).⁽¹⁾

Con respecto a la obesidad infantil podemos identificar el sesgo de peso (actitudes negativas hacia las personas con peso elevado) estas actitudes pueden ser explícitas, es decir, aquellas actitudes que afirman la culpabilidad del exceso de peso son de quien la presenta y actitudes implícitas, es decir, reacciones automáticas. Los niños con sobrepeso u obesidad que presentan sesgo por el peso llegan a experimentar depresión, trastornos alimentarios y empeoramiento de la obesidad.⁽²⁾

Se ha estudiado que las madres son modelo para sus hijos y de esta manera pueden modificar o mejorar el hábito alimenticio y la actividad física de sus hijos. Se ha demostrado que los hábitos alimenticios de las madres afectan directa e indirectamente en el peso del menor.⁽³⁾

La capacidad de respuesta rápida y apropiada de los padres ante las señales de hambre o saciedad del infante llevan a un mejor desarrollo del menor. Los niños cuyos cuidadores o padres tienen una mayor capacidad de responder ante estas señales tienen un peso más saludable. Se han identificado cuatro tipos de alimentación no receptiva: alimentación instrumental, presión para comer, restricción de alimentos y finalmente la alimentación emocional. Estas prácticas llevan a un aumento de peso en los infantes.⁽⁴⁾

II.2 CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTIL

En los niños los padres son los portadores de la alimentación y las experiencias que conlleva, son los iniciadores del estilo de vida del infante. Las madres son las encargadas frecuentemente de indicar el tipo de alimento y la cantidad que debe consumir el niño. El dar alimentos como premio y limitar los alimentos por cuestiones de salud puede ser el factor de un elevado consumo de alimentos durante lapsos de emoción negativa. El consumo elevado de alimentos puede dejar como enseñanza a los infantes a consumir alimentos antojables para tener un control en las emociones negativas.⁽⁵⁾

Existe la alimentación exigente o conocida como quisquillosa se define como el consumo inadecuado y variable de alimentos a través del rechazo. La identificación de esta conducta alimentaria por parte del área de la salud es importante para poder dar asesoramiento a los cuidadores del menor y así poder evitar resultados graves y problemas en la salud. Se ha identificado que la edad en la cual empieza esta conducta es a los 3 años y frecuentemente el rechazo es a las verduras.⁽⁶⁾

Los comedores quisquillosos rechazan alimentos tanto conocidos como desconocidos. Es un trastorno transitorio, en los infantes altamente selectivos se ve afectado su crecimiento por la disminución de ingesta calórica. Para abordar este comportamiento, las estrategias que ayudan a la aceptación de alimentos es la exposición frecuente a nuevos alimentos, estimulación por parte de los padres de una manera sutil y llevar al infante a la familiarización con los alimentos a través del juego y del tacto.⁽⁷⁾

Los niños con exceso de peso llegan a ser victimizados por su peso, proveniente de conocidos y llega a repercutir en la calidad de vida, lo que se traduce en consecuencias emocionales negativas, conductas alimentarias inapropiadas.⁽⁸⁾

II.3 SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

La obesidad es un problema en estudio desde la antigüedad, según el diccionario Merriam-Webster es "una condición caracterizada por la acumulación excesiva y el almacenamiento de grasa en el cuerpo; la obesidad afecta no solo a la apariencia, sino también a los procesos de la enfermedad".⁽⁹⁾

La OMS define la obesidad como una elevación de masa grasa demasiado como para elevar el riesgo de morbilidad, cambios en el bienestar físico, psicológico y social.⁽¹⁰⁾

De acuerdo con la OMS se define el sobrepeso infantil en el percentil 85-97 de acuerdo con el IMC. La obesidad se considera por arriba o igual al percentil 97.⁽¹¹⁾

De acuerdo con la GPC Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena 2018, la obesidad se define como "una enfermedad crónica, multifactorial y neuroconductual, en donde un aumento del peso provoca la mala función del tejido adiposo y un cambio en las fuerzas físicas de la grasa corporal que da como resultado alteraciones en el metabolismo, alteraciones biomecánicas y psicosociales adversas para la salud".⁽¹²⁾

II.3.1 EPIDEMIOLOGÍA

En estudios sobre morbilidad se ha identificado la prevalencia del sobrepeso y obesidad infantil desde 1980, se ha observado que se ha duplicado en más de 70 países a nivel mundial y se ha triplicado en países en desarrollo. 16.9% en 1980 a 23.8% en 2013 en niños y de 16.2% en 1980 a 22.6% en 2013 en niñas. En el año 2015 se identificó un total de 107.7 millones de niños obesos, lo que corresponde a una prevalencia de 23% a nivel mundial. ⁽¹³⁾

En la región Europea de la OMS 3 de cada 9 niños tiene sobrepeso u obesidad. Esto nos habla que más del 60% de los infantes con estas patologías antes de la adolescencia tendrán sobrepeso u obesidad en la edad adulta. Los infantes y adolescentes de 5-19 años han sido los que han presentado mayor incremento en estas cifras esto a nivel mundial. ⁽¹⁴⁾

II.4 FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD INFANTIL

La obesidad es una patología compleja que se caracteriza por peso corporal elevado con respecto a la altura, hay una disfunción del tejido adiposo lo cual conlleva a consecuencias metabólicas. La obesidad infantil sigue teniendo tasas elevadas a nivel mundial y han ido en aumento en los últimos años. La causa más frecuente de obesidad infantil es el exceso calórico que excede a los gastos energéticos, otras causas son el sedentarismo, genética etc. Los cuales se deben evaluar en la clínica. ⁽¹⁵⁾

Los factores de riesgo que se asocian a una obesidad temprana son un tamaño más grande al nacer, la alimentación con fórmula en lugar de la lactancia materna, el rápido crecimiento temprano, los comportamientos dietéticos menos saludables, inactividad física y el sedentarismo. ⁽¹⁶⁾

El nivel socioeconómico bajo es un posible factor de riesgo para desarrollar obesidad, se ha estudiado que en países desarrollados la obesidad y sobrepeso en niños se ha mantenido e incluso se dice que ha disminuido más, sin embargo, en países bajos se ha observado su elevación. En las familias donde el nivel socioeconómico se visualiza la falta de priorización de los estilos de vida saludable, problemas de salud mental, baja autoestima y adicción. Lo que resulta un ambiente social duro para los infantes. ⁽¹⁷⁾

La vida infantil es un período crítico para el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil, se ha identificado tres acciones altamente tóxicas como factores de riesgo para desarrollar estas patologías las cuales son: adversidad socioeconómica, estrés de la descendencia y agitación emocional y el autoconsumo de comida chatarra para mejorar los estados emocionales. Con el paso del tiempo esto se manifiestan con aumento de peso, sobrepeso u obesidad.⁽¹⁷⁾

La actividad física, el tiempo frente a la pantalla y el sueño son factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil, se consideran estilos de vida modificables, el limitar a menos de 12 horas frente a pantalla, realizar actividad física mínimo 60 minutos al día y dormir de 10 a 11 horas por noche sobre todo en niños de 5 a 12 años se consideran cifras preventivas y cifras terapéuticas para la obesidad y sobrepeso infantil.⁽¹⁸⁾

El sobrepeso y obesidad hoy en día se relaciona con el tiempo tras pantalla ya que conlleva a la inactividad física, pasar más de doce horas al día de pantalla es un factor de riesgo considerable para desarrollar estos padecimientos. nos referimos a tiempo de pantalla el usar el televisor, computadora, tabletas o teléfonos inteligentes.⁽¹⁹⁾

Los niños y adolescentes hoy en día pasan un tiempo importante sentados no solo en tiempo escolar sino también en actividades como ver televisión, jugar videojuegos. En estos últimos años el escenario empeora por la pandemia COVID 19 lo que trajo cambios en la actividad física y la dieta. Los exergames (videojuegos activos), se han propuesto como una herramienta para evitar el sedentarismo ya que se trata de videojuegos interactivos que invitan al infante a la actividad física.⁽²⁰⁾

Se considera también como factor de riesgo el entorno alrededor de las escuelas, las tienditas, los anuncios de marketing, ya que contribuye en la elección de alimentos de los niños, la mayoría de estos alimentos contribuyen en el aumento de peso de los infantes.⁽²¹⁾

II.5 LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

La lactancia materna se puede decir que es un efecto protector contra el sobrepeso y la obesidad. La asociación más fuerte se considera con la lactancia exclusiva y una duración más larga de la lactancia materna. En los seres humanos, la lactancia materna es considerada el estándar de oro de la alimentación en los primeros meses de vida. La OMS y la Academia Americana de Pediatría recomiendan por lo menos 6 meses de lactancia materna exclusiva.⁽²²⁾

Los lactantes con lactancia exclusiva tienen diferencia en el patrón de crecimiento con respecto a los lactados con fórmula. Los lactantes amamantados aumentan más en peso, longitud e IMC durante los primeros 2-3 meses de vida y luego tienen una velocidad de crecimiento más lenta hasta 12 meses. Presentan una mayor acumulación de grasa durante la primera infancia. Los lactantes amamantados tienen niveles más bajos de IGF-I e insulina circulantes, lo que podría ser parte de la explicación de su patrón de crecimiento. ⁽²³⁾

La leche materna está compuesta por diferentes nutrientes entre los cuales se encuentran las grasas, carbohidratos, proteínas y oligosacáridos, los cuales es probable que desempeñen un papel central en la determinación del crecimiento infantil. ⁽²³⁾

El inicio de la alimentación complementaria es un período de transición de leche materna exclusiva a la inclusión de la dieta familiar. Esta transición es de suma importancia ya que el requerimiento energético y el crecimiento cambian considerablemente durante el primer año de vida. Lo cual el tener una dieta inadecuada influye en el crecimiento infantil y se considera factor de riesgo para presentar posteriormente sobrepeso u obesidad, esto puede deberse a la impronta metabólica o del microbioma. ⁽²⁴⁾

11.6 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

El padecer sobrepeso u obesidad durante la infancia, adolescencia puede ser un mayor riesgo para adultos obesos el desencadenar diferentes enfermedades crónicas así mismo es un factor para desencadenar varios tipos de neoplasias, como son leucemia, cáncer colorrectal, enfermedad de Hodgkin y cáncer de mama, entre otras. ⁽²⁵⁾

La identificación del exceso de peso en niños tempranamente y la percepción del exceso de peso por parte de los padres es de gran importancia, así mismo es muy importante identificar los factores de riesgo que provocan el exceso de peso para así poder identificar los niños que están en riesgo y poder prevenir complicaciones. ⁽²⁶⁾

La existencia a edad temprana de sobrepeso u obesidad y síndrome metabólico conlleva a una disminución en la esperanza de vida, lo que se traduce que hoy en día los jóvenes podrían llegar a ser la generación con vida más corta comparada con sus padres. Se ha definido un nuevo concepto llamado “obeso metabólicamente sano” (MHO). La actividad física y los factores genéticos también contribuyen al fenotipo MHO. ⁽²⁷⁾

El sobrepeso u obesidad en los niños afecta el desarrollo óseo ya que conduce a la fragilidad ósea, esto derivado a la diferenciación de osteoblastos a expensas de los adipocitos que es provocada por el exceso de peso. Por otra parte, el peso elevado repercute de forma mecánica a nivel óseo. Por tanto la alimentación, la actividad física juegan un papel importante y hablando de adolescentes se agrega el entorno hormonal.⁽²⁸⁾

El sobrepeso y obesidad infantil repercute en niños con enfermedad cardiaca congénita (CHD) incluyendo el índice de mortalidad postoperatoria. Se dice que los niños con problemas cardiacos tienen un mayor riesgo de padecer obesidad esto debido al sedentarismo y factores psicosociales. Es un hecho que no se puede asumir que los riesgos y la tasa de afectados sea la misma en niños con CHD que para la población en general.⁽²⁹⁾

La mayoría de los niños nacen con salud a nivel del corazón, sin embargo se exponen a los factores de riesgo que se han estado mencionando en párrafos anteriores, lo que conlleva a cambios cardiovasculares, aterogénicos, es por ello la importancia de un entrenamiento en el estilo de vida desde temprana edad y evitar aterosclerosis u otros daños cardiacos que pueden prevalecer en edad adulta y evitar que lleguen a ser los obesos del mañana o los cardiacos del mañana.⁽³⁰⁾

Los niños con obesidad rara vez expresan las consecuencias clínicamente, pero pueden llegar a complicaciones a nivel del corazón graves en la edad adulta. La ecografía convencional nos proporciona información acerca del ventrículo izquierdo, pero no es tan sensible para reportar cambios cardiovasculares en niños con obesidad, pero existen estudios más sensibles como lo es la proyección de imagen de seguimiento del moteado 2D y 3D que nos describe la reducción de la función del miocardio.⁽³¹⁾

En la actualidad, la obesidad y el asma son dos patologías crónicas en niños y adolescentes. Cuanto más se explora el parentesco entre el asma y obesidad más complejo parece ser, ejemplificando se ha demostrado que la resistencia a la insulina perjudica la funcionalidad respiratoria. El aumento de la grasa determina una mayor concentración de leptina y resistina en paralelo con una disminución de la adiponectina circulante. Esta grasa aumentada a nivel abdominal da lugar a hipoxia y la liberación de citoquinas tales como TNF α , IL-6 entre otras.⁽³²⁾

La obesidad es un factor de riesgo que provoca las complicaciones y exacerbaciones en infantes con diagnóstico de asma lo que provoca disminución de la calidad de vida.⁽³³⁾

Los infantes con obesidad tienden a tener control más deficiente de la patología, también llegan a tener una menor respuesta a los fármacos para el asma. Lo que también provoca un mayor riesgo de estancia hospitalaria y aumento del requerimiento de manejo de la vía aérea avanzada y fase 3 de ventilación.⁽³³⁾

La disminución del índice de masa corporal y la actividad física diaria es la meta terapéutica para los infantes que padecen de asma y obesidad. Se tiene evidenciado que las intervenciones para la disminución de peso favorecen a los infantes con el diagnóstico de asma, incluida la función pulmonar, la sintomatología del padecimiento, sus exacerbaciones y la calidad de vida.⁽³⁴⁾

11.7 FORMAS DE IDENTIFICACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Recientemente, niños y adolescentes con obesidad se han clasificado un grupo con obesidad severa donde el riesgo cardio metabólico ha sido más elevado, esto afecta entre 4% y 6% de los niños. La obesidad severa se define como un índice de masa corporal (IMC) del 120% o más del percentil 95 o un IMC mayor o igual a 35kg/m².⁽³⁵⁾

Un IMC por encima del percentil 85 y menor de 95 significa sobrepeso. Un IMC por encima de la 95 percentil nos indica obesidad eso de acuerdo con la GPC Prevención y Diagnóstico de sobrepeso y Obesidad en niños y Adolescentes en el primer nivel de atención.⁽³⁶⁾

III. JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y Obesidad Infantil son un grave problema de salud pública a nivel mundial, Siendo México el ocupante de los primeros lugares a nivel mundial de obesidad y sobrepeso infantil, este problema se presenta desde los primeros años de vida es decir, 0 a 5 años, 1 de cada 20 niños menores de 5 años presenta sobrepeso u obesidad, conforme aumenta la edad aumenta el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad es decir, en niños y niñas mayores de 5 años, 1 de cada 3 niños y niñas padece sobrepeso u obesidad. Niños de 6 a 11 años prevalecen con estos padecimientos.⁽³⁷⁾

Las causas que genera sobrepeso u obesidad infantil es la alimentación, el consumo de azúcares, alimentos procesados, consumo de altos niveles de grasa trans y sal, los cuales son fácil de conseguir y tienen una amplia difusión a nivel de cadena nacional. Otro factor que se suma es la inactividad física, las horas que se permanece tras pantalla hoy en día el sedentarismo se ha incrementado y las horas tras pantalla han aumentado secundario a la contingencia de salud que se vive en nuestro país y a nivel mundial.⁽³⁸⁾

Estos dos factores representan el 95% de la causa de estos padecimientos, es por ello por lo que es importante identificar estos factores de manera preventiva, identificar a las familias más vulnerables, promover el consumo de alimentos saludables y evitar el consumo de alimentos engañosos que maneja la publicidad, construir hábitos de actividad física, disminuir el estrés y ansiedad en niños, informar a padres y cuidadores sobre hábitos alimenticios.⁽³⁹⁾

Entre los factores que condicionan el sobrepeso y obesidad infantil es el influjo familiar, la transferencia de hábitos alimentarios, en Latinoamérica muchas familias son extensas por lo que los abuelos pueden llegar a limitar la alimentación saludable e interferir en las conductas alimentarias.⁽⁴⁰⁾

Las capacidades cognitivas de la madre como son las actitudes y el conocimiento se han visto relacionados en la toma de decisiones para la alimentación del menor, hay actitudes como el no captar las señales de hambre y saciedad del hijo y no tener una impresión adecuada del peso del menor, que influyen en la salud del menor, es por ello la importancia de identificar las actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil.⁽⁴¹⁾

La prevención del sobrepeso y obesidad infantil sigue siendo un reto para la comunidad médica, es necesario mantener un enfoque multidimensional, desde nutrición y ejercicio, en los diferentes niveles de desarrollo de los infantes (escuela, familia y otras instituciones) en un tiempo alargado. Para el personal del área de la salud es importante se implementen estudios desde los primeros meses de vida incluido el IMC, dar intervención con los cuidadores primarios llámense padres, abuelos etc. Sobre decisiones más saludables y evitar un entorno obesogénico y mejorar un estilo de vida.⁽⁴²⁾

La causa más inmediata del sobrepeso y obesidad es el balance positivo de energía (relación entre el consumo de energía y el gasto energético siendo en exceso el consumo). Es por ello importante aplicar acciones y estrategias, acciones de comunicación que ayude a formar hábitos saludables como son una alimentación saludable identificando comportamientos alimentarios y actividad física. Lo cual tendría un impacto desde lo individual hasta lo grupal es decir un impacto a nivel comunitario y nivel institucional repercutiendo en lo económico, se sabe que el tratamiento de obesidad y sobrepeso infantil ha elevado los costos en el IMSS por lo tanto la prevención de estos es de gran importancia.⁽⁴³⁾

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.1 MAGNITUD

Según la OMS las cifras mundiales de obesidad han ido en aumento en la población infantil y adolescentes, aproximadamente un 8% en el año 2016, esto se traduce en niños obesos de cinco a 19 años se multiplicó por 10 mundialmente, en cuestión de cifras hablamos que de 11 millones de niños obesos en el año 1975 se aumentó a 124 millones en el año 2016, se estima que para el año 2022 las cifras sigan en aumento considerablemente.⁽⁴⁴⁾

Se considera la obesidad infantil como una epidemia por su avanzado incremento en los últimos años, la cifra estimada de niños y adolescentes de 5 a 19 años con una de estas comorbilidades es de alrededor 340 millones a nivel mundial. En porcentajes hablamos de una prevalencia 0.7% a 5.6% en niñas y 0.9% a 7.8% en niños entre 1975 y 2016. En países en desarrollo se encontró una prevalencia del sobrepeso infantil y obesidad de 41,8% en México, 22,1% en Brasil, 22,0% en India y 19,3% en Argentina. Además, las tendencias seculares indican un aumento de las tasas de prevalencia en estos países: 4,1%-13,9% en Brasil durante 1974-97, 12,2%-15,6% en Tailandia durante 1991-93, y 9,8%-11,7% en la India durante 2006-09. En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 16.7% en niños en edad preescolar, 26.2% en escolares y 30.9% en adolescentes.⁽⁴⁵⁾

En nuestro país de acuerdo, con resultados de la Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2018-19 (ENSANUT) se corroboró que la obesidad y el sobrepeso siguen siendo un problema en los mexicanos de todas las edades, todas las regiones del país tanto en regiones urbanas, así como en rurales. En nuestro país un niño de cada tres niños en edad escolar presenta obesidad o sobrepeso y en adolescentes el 35% presenta obesidad o sobrepeso. La prevalencia a nivel nacional de obesidad y sobrepeso en 2018 de 35.5% en escolares de 5 a 11 años, siendo la cifra más significativa en niñas (18.4%) con respecto a los niños (17.7%). De acuerdo con la edad la prevalencia de sobrepeso en niñas fue a los ocho años y en categoría de obesidad fue a los diez años hablando del mismo género, con respecto a los niños la prevalencia de sobrepeso fueron las edades de 10 y 11 años y la categoría de obesidad la edad más prevalente fue nueve años en niños. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el 2018 a nivel Estado de México según ENSANUT fueron 17.8% y 20.5% respectivamente.⁽⁴⁶⁾

IV.2 TRASCENDENCIA

La obesidad y sobrepeso es un problema de salud pública que ha ido afectando año con año a mayor cantidad de niños, desde 1975 al 2016 las cifras se han triplicado a nivel mundial lo que conlleva a un mayor número de muertes por obesidad y sobrepeso en comparación con la insuficiencia ponderal, estos datos según la OMS/OPS. ⁽⁴⁷⁾

La prevalencia del sobrepeso y obesidad en infantes sigue aumentando. La mayoría de los infantes, adolescentes obesos lo sigue siendo en la edad adulta. La aparición de obesidad a edad temprana se relaciona con complicaciones, entre estas trastornos metabólicos y cardiovasculares incluso en la infancia y puede llevar a la muerte en la vida adulta. La determinación de la edad a la que inicia la obesidad es importante y puede ayudar en el desarrollo de estrategias preventivas efectivas. Es por ello la importancia de conocer el IMC en los infantes y sobre esto trabajar en base a la percepción materna hacia el sobrepeso y obesidad y así mismo identificar las conductas alimentarias en los niños. ⁽⁴⁸⁾

El comportamiento y actitudes maternas influyen en las conductas de los infantes, incluidas la actividad física y sedentarismo. Las madres por lo general son las que toman la decisión de qué manera llevar la dieta de sus hijos, identificar la actitud de la madre hacia el sobrepeso y obesidad nos ayudaría para llevar a cabo intervenciones y lograr modificar prácticas y tipos de alimentación hacia sus hijos. ⁽⁴⁹⁾

IV.3 VULNERABILIDAD

La obesidad en México es un tema de gran importancia tanto como la palabra epidemia que es en la fase en la que nos encontramos en base a este problema. Hablando de sobrepeso y obesidad infantil es de suma importancia su prevención, se puede lograr con gran esfuerzo por parte del sector médico haciendo un gran hincapié en la identificación de factores de riesgo en tiempo oportuno y así mismo educando a la familia principalmente al cuidador primario de los infantes con respecto a la alimentación saludable, la actividad física y en edades más tempranas fomentando la lactancia materna. Como ya se ha mencionado la lactancia materna exclusiva es un factor protector. El identificar a los niños con sobrepeso y obesidad infantil en forma anticipada se reducirían los riesgos metabólicos y cardiovasculares en edades adultas y por ende reduciría el índice de enfermedades crónicas y la muerte a edades tempranas. Es posible llevar a cabo las estrategias cada personal de la salud en el consultorio, el impacto quizás no sería en corto plazo, pero si en un futuro.

IV.4 FACTIBILIDAD

Llevar a cabo las estrategias para identificar los riesgos de obesidad infantil en cada niño es factible en cada consultorio en las consultas de niño sano. Identificar las actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad e identificar las conductas alimentarias en los niños con ayuda de los padres es posible siempre y cuando se haga el interrogatorio adecuado a los padres enfocándose en el sobrepeso y obesidad infantil. Existen los recursos de infraestructura y espacio para llevar a cabo las consultas. Existen programas institucionales que dan la oportunidad de identificar el peso elevado en niños.

El sobrepeso y obesidad infantil tienen repercusiones importantes ya que afecta la salud de los niños a corto y largo plazo. Las actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad se evaluarán para ver la repercusión hacia los infantes. La conducta alimentaria que tienen los niños frente a los alimentos se evaluará desde la perspectiva materna. El presente estudio fue factible realizarse ya que se cuenta con los recursos necesario para llevarse a cabo dentro de la institución, no presentando una inversión mayor a los resultados que se obtuvieron. Esta investigación puede ser un punto de oportunidad para hacer más énfasis y desarrollar más programas para el sobrepeso y obesidad infantil y así prevenir las complicaciones que conlleva este padecimiento.

Fue factible llevar a cabo esta investigación en la institución.

Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

IV.5 ¿Cuál es la asociación entre las actitudes maternas y las conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92?

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general:

1. Asociar las actitudes maternas con las conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92.

V.2 Objetivos específicos:

1. Clasificar las actitudes maternas mediante la aplicación de la “Escala de actitudes maternas hacia la obesidad infantil” en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92.
2. Categorizar las conductas alimentarias infantiles mediante la aplicación del “cuestionario de comportamiento alimentario infantil (CEBQ)” a madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92.
3. Distinguir la edad, escolaridad, estado civil y ocupación de las madres de escolares de 6 a 11 años de la UMF 92.

VI. HIPÓTESIS

VI.1 HIPÓTESIS ALTERNA

H_1 : Existen actitudes maternas negativas hacia el sobrepeso y obesidad en un 65% ⁽⁴⁹⁾ asociadas a conductas alimentarias infantiles negativas en un 49% ⁽⁵⁰⁾ en escolares de 6 a 11 años en la UMF 92.

VI.2 HIPÓTESIS NULA

H_0 : No existen actitudes maternas negativas hacia el sobrepeso y obesidad en un 65% ⁽⁴⁹⁾ asociadas a conducta alimentaria infantil negativas en un 49% ⁽⁵⁰⁾ en escolares de 6 a 11 años en la UMF 92.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1 Características donde se realizó el estudio

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N°92 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica de primer nivel de atención, la cual brinda servicios de salud de forma integral a pacientes derechohabientes adscritos a ella, de todos los grupos etarios, basada en la cartilla nacional de vacunación; enfocada en medidas preventivas y promoción a la salud, todo esto para la detección oportuna de enfermedades, así como la identificación de los factores de riesgo que las desencadena, atención en las diferentes etapas de la vida, como en el embarazo con el control prenatal, atención y seguimiento del niño sano, aplicación de inmunizaciones por rango de edad, control y prevención de enfermedades crónico degenerativas, como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial Sistémica, dislipidemias, obesidad, entre otras, con la finalidad de otorgar sistema de salud eficiente para toda la población derechohabiente, esta institución se apoya de las estrategias educativas de promoción a la salud de acuerdo a su grupo de edad, además, el programa PREVENIMSS, cuenta con programas que son llamados componentes PREVENIMSS los cuales están enfocados a la prevención de la salud mediante todas sus estrategias, programas de nutrición para ayudar a sus derechohabientes a tener una mejor alimentación, se cuenta con un programa llamado CHIQUITIIMSS para los menores, prevención y detección de enfermedades y salud reproductiva, además se apoya en el programa de las 5 r's del chequeo para dar un abordaje integral al paciente, la cual nos dice que en cualquier contacto con el derechohabiente se debe revisar la cartilla nacional de salud, referir a los módulos de PREVENIMSS, realizar todas las acciones del chequeo PREVENIMSS, registrar las acciones realizadas y realizar búsqueda de derechohabientes con chequeos incompletos o sin ellos.

La Unidad de Medicina Familiar N°92, cuenta con infraestructura adecuada, en atención de Primer Nivel de Salud en sus diferentes departamentos, como son jefatura de departamento clínico, cuenta con 32 consultorios para brindar atención médica tanto en turno matutino como vespertino, se da un promedio de 24 consultas por consultorio en ambos turnos laborales. Existe el servicio de Unifila, donde se canalizan los pacientes espontáneos a los consultorios con menor número de pacientes. Cuenta con atención dental o estomatología, cuenta con atención de optometría, cuenta con módulos de medicina preventiva, tiene el servicio de Epidemiología, Salud en el Trabajo, planificación Familiar, módulo de nutrición, área de curaciones, una Unidad de Atención Médica Continua que atiende pacientes que si no se valoran en el transcurso del turno, tienen riesgo de que se complique su patología, también los derechohabientes cuentan con Unidad propia de laboratorio, se cuenta con servicio de rayos X. se tienen un departamento de Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud para la formación continua de estudiantes de pregrado y posgrado de la unidad, un auditorio para pláticas y conferencias, un aula para la docencia. Por otro lado, cuenta con servicio de cafetería y comedor, por último, la Unidad de Gobierno se encuentra en segundo piso, donde se localiza la Dirección General.

Se encuentra Ubicada en Avenida Central S/N Laderas del Peñón, 55140 Ecatepec de Morelos, Estado de México.

VII.2 Características del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, con una muestra de madres de escolares de 6 a 11 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.-Observacional: se describieron las variables actitudes maternas y las conductas alimentarias infantiles mediante la aplicación de cuestionarios para recabar los datos y plasmarlos de forma gráfica.

2.-Transversal: se obtuvieron los datos en un momento específico, delimitados por cortes de tiempo, se estudió la asociación entre la variable independiente y variable dependiente en un tiempo determinado. Se realizó una sola medición.

3.- Analítico: se asociaron las variables actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil.

VII.3 Universo de trabajo

La población que se investigó fueron madres derechohabientes de la UMF 92 del instituto mexicano del seguro social con hijos de 6-11 años.

VII.4 Criterios de selección

VII.4.1 Criterios de inclusión

- Madres con escolares de 6 a 11 años, derechohabientes al IMSS adscritas a la UMF N°92
- Madres derechohabientes que aceptaron participar en el estudio, bajo un consentimiento informado
- Madres de escolares de 6 a 11 años que acudieron, aunque sea a una consulta en el tiempo que se llevó a cabo la investigación de actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil.

VII.4.2 Criterios de exclusión

- Madres con diagnóstico de SARS COV-2 positivo en el momento del estudio con la finalidad de evitar propagación y/o contagio.
- Madres con escolares de 6 a 11 años con diagnóstico previo de alguna enfermedad mental que presente cierto grado de deterioro neurocognitivo como demencia, Alzheimer ya que no podrán contestar de manera adecuada a las preguntas de los instrumentos, lo que provocaría sesgos en la investigación.

VII.4.3. Criterios de eliminación:

- Madres con escolares de 6 a 11 años que respondieron de forma parcial o no llenaron adecuadamente los instrumentos de investigación.
- Madres con escolares de 6 a 11 años que en determinado momento deseen no continuar con su participación en la investigación.

VII.5 Tamaño de la muestra

- En la Unidad de Medicina familiar N°92 del Instituto Mexicano del Seguro Social se identificaron registradas 290 madres con escolares de 6 a 11 años, la cual es nuestra población total y de ella se tomó nuestra muestra para esta investigación, se aplicó la fórmula de diferencia de dos proporciones.⁽⁵¹⁾

$$n_c = n_e = \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2} * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

p1= proporción esperada del primer grupo (actitudes maternas hacia sobrepeso y obesidad infantil = 0.65)⁽⁴⁹⁾

p2= proporción esperada del segundo grupo a comparar (conducta alimentaria infantil = 0.49)⁽⁵⁰⁾

Z_{a/2}= valor del eje de las abscisas de la función normal estándar en donde se acumula la probabilidad de (1-a) para un contraste de hipótesis bilateral. (nivel de confianza en proporción 1 = 1.96)

Z_b= valor del eje de las abscisas de la función normal estándar, donde se acumula la probabilidad de (1-b) (nivel de confianza en la proporción 2 = 1.65)

$$n = \frac{0.65(1-0.65) + 0.49(1-0.49)}{(0.65 - 0.49)^2} (1.96 + 1.65)^2$$

$$n = \frac{0.2275 + 0.2499}{0.0256} (13.0321)$$

$$n = 18.6484375 (13.0321)$$

$$n = 243$$

Se determina el tamaño de muestra de 243 sujetos.

VII.6 Definición de variables

Se utilizaron las siguientes variables:

Variable independiente:

- Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad

Variable dependiente:

- Conductas alimentarias infantiles

DEFINICIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
Actitud materna Variable independiente	Estado o disposición psíquica adquirida en base a aspectos cognitivos, emotivos y reactivos, que incitan o llevan a la madre a reaccionar de una manera característica frente a su hijo. ⁽⁵²⁾	Evalúa las actitudes de las madres hacia el sobrepeso y la obesidad infantil. A mayor puntaje mayor actitud negativa hacia la obesidad infantil. Muy positiva de 5 a 47 puntos, positiva de 48 a 51 puntos, negativa 52 a 54 puntos y muy negativo de 55 puntos. $\alpha = .85$ ⁽⁵³⁾	Cualitativa	ordinal	Muy positiva Positiva Negativa Muy negativa
Conducta alimentaria Variable dependiente	Comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ello. ⁽⁵⁴⁾	Factores positivos (1. Disfrute de los alimentos 2. respuesta frente a los alimentos 3. sobrealimentación emocional.	Cualitativa	Ordinal	Factores positivos Factores negativos

		Factores negativos (4. deseo de beber 5. Respuesta de saciedad 6. lentitud para comer 7. subalimentación emocional 8. Exigencia frente a los alimentos. $\alpha = .88$ ⁽⁵⁵⁾)			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo. ⁽⁵⁶⁾	De acuerdo con la encuesta. Edad de la persona en años	cuantitativa	continua	años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ⁽⁵⁷⁾	Grado de instrucción académica aprobado y concluido. De acuerdo con la encuesta aplicada.	cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. ⁽⁵⁸⁾	Actividad a la que está dedicada mayormente la distribución del tiempo independientemente de que reciban o no por ello remuneración económica. De acuerdo con la encuesta aplicada.	cualitativa	nominal	Profesional Comerciante Trabajadora manual/obrero Ama de casa Desempleada, jubilada o pensionada
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. ⁽⁵⁹⁾	De acuerdo con el estado civil registrado en la encuesta	cualitativa	nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada/ separada

Sexo	características físicas entre una mujer y un hombre. ⁽⁶⁰⁾	Identificación del sexo por la madre anotado en la encuesta.	Cualitativa	nominal	Niño Niña
peso	Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo. ⁽⁶¹⁾	Peso del niño(a) anotado por la madre en la encuesta.	Cuantitativa	ordinal	kilogramos
talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. ⁽⁶²⁾	Talla del niño (a) anotada por la madre en la encuesta.	cuantitativa	ordinal	metros
IMC	sirve para medir la relación entre el peso y la talla, lo que permite identificar el sobrepeso y la obesidad. ⁽⁶³⁾	Operación matemática realizada por el investigador de acuerdo con los valores de peso y talla proporcionados por la madre.	Cuantitativa	ordinal	Normal Sobrepeso Obesidad

VIII. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de la información, el primero constó de una cédula de identificación, donde se recabaron los datos de variables socio demográficas. Posteriormente el segundo instrumento llamado “Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil para conocer el significado psicológico del sobrepeso y la obesidad. El tercer instrumento que se aplicó es el de “Conducta alimentaria infantil (CEBQ)” evaluado desde la percepción de la madre.

VIII.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO 1

“ Actitudes maternas hacia el sobrepeso y la obesidad infantil” ⁽⁵³⁾

La escala está enfocada en evaluar las actitudes de las madres hacia el sobrepeso y obesidad infantil, ya que muchos autores han evaluado las actitudes negativas hacia personas obesas de forma explícita e implícita. La presente escala cuenta con las propiedades psicométricas aceptables. Consta de 11 reactivos: los niños tienen problemas emocionales, es preocupante que los niños suban de peso, estar gordito causa discriminación, la obesidad es mala, es deprimente tener exceso de peso, la obesidad es peligro, el sobrepeso te hace sentir depresión, que los niños sean obesos es un descuido, los niños obesos sufren de bullying, la obesidad es exceso de grasa, ser obeso a cualquier edad es malo. Cada reactivo con 5 opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, acuerdo y totalmente de acuerdo. El formato de calificación va de a mayor puntaje a mayor actitud negativa hacia la obesidad infantil. ⁽⁵³⁾

VALIDACIÓN

consistió en cuatro etapas : **1)** estudio exploratorio con 95 madres y abuelas de 20 a 46 años para conocer el significado psicológico del sobrepeso y obesidad; **2)** un estudio de validez de contenido en el que se redactaron 33 reactivos, y la validez de contenido se obtuvo mediante el concepto de cinco jueces; **3)** Un estudio para una primera validación con 346 madres de 18 a 62 años con hijos en edad preescolar, con el cual se obtuvieron 11 reactivos distribuidos en tres factores, denominados actitud negativa, significado em importancia con un $\alpha = .77$ en la escala total y una varianza explicada del 54.50% y **4)** un estudio para una segunda validación en el que participaron 369 madres y abuelas de 17 a 63 años. Como resultado, la escala fue bidimensional, compuesta por 11 reactivos, con un $\alpha = .85$ y una varianza explicada del 46%, que evalúa las actitudes negativas percibidas hacia la obesidad y las consecuencias de esta. En el caso de las escalas que van dirigidas a los padres, estas se encuentran relacionadas con la prevención del exceso de peso y la manera en que proporcionan alimentos y bebidas saludables. ⁽⁵³⁾

APLICACIÓN

El cuestionario es de fácil aplicación, puede ser aplicado de manera individual o grupal, tiene un tiempo aproximado de 10 minutos, se marcará con una "X" la respuesta que mejor represente su opinión. Se calificará de 5 a 47 puntos actitud muy positiva, 48 a 51 actitud positiva, de 52 a 54 actitud negativa, 55 puntos actitud muy negativa. ⁽⁵³⁾

VIII.2 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO 2

"Conductas alimentarias infantiles" (CEBQ). ⁽⁵⁵⁾

El CEBQ es un cuestionario multidimensional, creado por Wardle, Guthrie, Sanderson y Rapoport (2001) en el Reino unido, este instrumento evalúa la conducta de ingesta infantil, desde el punto de vista de los padres acerca de la conducta de sus hijos. ⁽⁵⁵⁾

Esta escala consta de 35 ítems, tipo Likert, los puntajes van del 1 al 5, 1: nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces, 4: frecuentemente, 5: siempre. Los factores que conforman el cuestionario son: factores positivos (disfrute de los alimentos, respuestas frente a los alimentos, sobrealimentación emocional) y factores negativos (deseo de beber, respuesta de saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional y exigencia frente a los alimentos). ⁽⁵⁵⁾

VALIDACIÓN

Para su traducción incluyó tres etapas, **1)** fue traducida al español por tres expertos (antropólogo inglés, psicólogo clínico y maestro de inglés y contadora bilingüe). **2)** las tres versiones traducidas del CEBQ se presentaron ante jueces expertos (médico con maestría en Educación, Nutrióloga posgraduada en nutrición y dietética y psicólogo estudiante de doctorado) quienes eligieron de forma independiente la opción de cada reactivo que consideraron más adecuada. **3)** en una junta de trabajo se dio a conocer la versión final traducida de la escala CEBQ.⁽⁵⁵⁾

Para su validación participaron 640 adultos de la ciudad de Mérida, padres de niños de entre 6 y 12 años que estuvieran cursando la primaria. Se realizó un estudio con 52 personas para verificar la claridad y entendimiento de las instrucciones y los reactivos. La aplicación final fue de 588 progenitores prevaleciendo las madres, quienes respondieron en función de la conducta de sus hijos en los últimos 6 meses. Con los datos resultantes de esta recolecta de datos, se realizó un análisis de discriminación de reactivos que corroboran un adecuado funcionamiento de cada ítem traducido. La adaptación mexicana contiene propiedades psicométricas aceptables para su utilización en investigaciones y valoración clínica. Tiene un alfa de Cronbach ($\alpha=.88$).⁽⁵⁵⁾

APLICACIÓN

Este cuestionario es de fácil aplicación, se aplica a los padres, tiene una duración de 15-20 minutos. Los materiales que conforman la prueba es una hoja con el cuestionario y se marca con una "X" la opción que mejor describa el comportamiento del hijo (a) al comer. Los puntajes estandarizados de cada dimensión se calculan como la suma de las preguntas de cada dimensión dividida por el número de preguntas.⁽⁵⁵⁾

IX. ANALISIS DE DATOS

Posterior a la recolección de la información, se llevó a cabo la elaboración de una base de datos para su análisis. Para llevar a cabo el análisis de los datos se utilizó el programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows V.21.

El análisis estadístico fue univariado al trabajar con variables de tipo cuantitativo como la edad e Índice de Masa Corporal (IMC) se elaboró en este caso cajas y bigotes, utilizando medidas de tendencia central (media, mediana y moda). En lo que concierne a las variables de tipo cualitativo el análisis estadístico fue mediante frecuencia y porcentaje, las cuales incluyen: variable de actitudes maternas y escolaridad se realizaron graficas de sectores; mientras que las variables conductas alimentarias y estado civil se utilizaron gráficas de barras; para la variable ocupación se utilizó gráfica horizontal; la variable de sexo del escolar se realizó gráfica de pastel.

Para establecer la asociación entre actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil se usó la prueba no paramétrica, la prueba de coeficiente de relación kendall (Stuart- Kendall Tau – C) siendo -1 asociación negativa muy fuerte y +1 mostrando asociación positiva muy fuerte, con un margen de error de 0.05 y un nivel de confianza del 95%. Donde si $P - \text{valor} < 0.05$ se rechaza la hipótesis nula y > 0.05 se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	REPRESENTACIÓN GRÁFICA
Actitudes maternas	cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de sectores
Conductas alimentarias	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Escolaridad	cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de sectores

Edad	Cuantitativa	Continua	De acuerdo con su distribución se realizará media, mediana, valores máximos y mínimos.	Caja y bigotes
Ocupación	cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica horizontal
Estado civil	cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Sexo del escolar	cualitativa	nominal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de pastel
IMC del niño (a)	cuantitativa	ordinal	De acuerdo con su distribución se realizará media, mediana, valores máximos y mínimos.	Caja y bigotes
Asociación de variables D-I Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil.	Cualitativa	Ordinal	Coeficiente de correlación de Tau-C de kendall (Stuart-Kendall Tau – C)	Gráfica de barras

X. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, esta Investigación se clasificó en riesgo mínimo, con base en el artículo 17, no presentó implicaciones del estado físico, mental, debido a que fue un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental en este caso se utilizaron instrumentos (Actitudes Maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y la escala de conducta alimentarias en niños), aunque podría originar cierto grado de incomodidad o molestia al responder alguna de las preguntas de los cuestionarios.

X.1 CÓDIGO DE NUREMBERG.⁽⁶⁴⁾

Durante la realización de este estudio de investigación acerca de las actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92, fue esencial que los sujetos en estudio conocieran los beneficios que obtuvieron al ser partícipes como son: conocer las conductas alimentarias en niños, distinguir los factores de riesgo de obesidad infantil y medidas preventivas sobre obesidad infantil, esto mediante la proporción de un tríptico con la explicación breve, clara y precisa. Así como los riesgos que implica esta investigación que aun que son mínimos, y no presentar implicaciones del estado físico, mental o daños innecesarios, podrían originar cierto grado de incomodidad o molestia al responder o leer alguna de las preguntas de los cuestionarios de Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil (7,8 y10) y conductas alimentarias en niños (30 y 31). Una vez que los sujetos de investigación conocieron toda la información, si así lo desean a través de la firma de un consentimiento informado dieron su autorización de manera voluntaria para participar en este estudio de investigación, con la plena libertad de finalizar su participación en el estudio en el momento que desearon. Todas las actividades fueron supervisadas por el investigador el cual está debidamente capacitado que fue llevada por la Doctora Yarisbeth García Sánchez residente de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, con Cedula Profesional 7516097, Doctora Alma Janet Santiago Sandoval Especialista en Medicina Familiar de la UMF 92, quien asesoró en la temática y metodología del estudio.⁽⁶⁴⁾

X.2 DECLARACIÓN DE HELSINKI. ⁽⁶⁵⁾

En la declaración de Helsinki de la AMM el principio básico que se rige es el respeto y derecho a la toma de decisiones. Por lo que esta investigación con el tema “Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92” se basó en los principios de ética médica, por lo que contó previamente con autorización comité de ética núm. 1401-8 y comité local de investigación núm. 1401 para llevar a cabo su realización. Posteriormente se realizó por medio de personal médico calificado la cual fue a cargo de la residente de medicina familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, con Cedula Profesional 7516097, Yarisbeth García Sánchez y bajo la supervisión de la Doctora Alma Janet Santiago Sandoval , Especialista en Medicina Familiar de la UMF 92, quien asesoró en la temática y metodología de modo que se evitó en todo momento daño físico o psicológico innecesarios como pueden ser fracturas, jaquecas, heridas, humillaciones, estrés, estigmatización, depresión.⁽⁶⁵⁾

Así como también el participante tuvo el derecho de no participar en el estudio o retirarse en cualquier momento de la investigación respetándose su autonomía, sin que repercutiera en su atención médica. Los resultados obtenidos se informaron de manera confidencial sin exponer datos personales del sujeto y se otorgó un número de folio para su identificación por parte del investigador.⁽⁶⁵⁾

X.3 INFORME DE BELMONT. ⁽⁶⁶⁾

Este informe fue creado en abril de 1979 con el fin de proteger los derechos humanos dentro de alguna investigación, este informe se basa en principios éticos por lo que aplicaron en este estudio.⁽⁶⁶⁾

a) Principio de autonomía

Este estudio respetó la autonomía del sujeto quien tuvo el derecho de decidir libremente en participar voluntariamente en el estudio de “Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92”, por lo que previamente firmaron un consentimiento informado donde se les explicó a los participantes el objetivo y los beneficios de la investigación así como también se mantuvieron informados en todo momento sobre el avance y se otorgaron los resultados de manera confidencial.⁽⁶⁶⁾

b) Principio de beneficencia

Esta investigación buscó proporcionar información actualizada sobre actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil, conductas alimentarias en niños, obesidad y sobrepeso infantil y proporcionar medidas preventivas para mejorar la calidad de vida y con la finalidad que el sujeto identificará la presencia de datos de la enfermedad para la búsqueda oportuna de atención médica. Los participantes recibieron un tríptico de forma gratuita el cual contiene información actualizada y de fácil comprensión.⁽⁶⁶⁾

Este proyecto de investigación buscó fomentar el bienestar de los hijos de los sujetos en estudio, que se ven afectados con el aumento de peso, promoviendo la identificación de las actitudes maternas negativas hacia el sobre peso y obesidad infantil e identificando conductas alimentarias que provoquen el aumento de peso en los niños. De acuerdo con los resultados obtenidos se pudo proponer alternativas que ayuden al sujeto en estudio a llevar estrategias para el control de peso, se enviaron de forma oportuna a los servicios de apoyo de la unidad de medicina familiar como son: nutrición y CHIQUITIIMSS, quienes proporcionarán información y estrategias de alimentación para disminuir el aumento de peso en niños.⁽⁶⁶⁾

Beneficios para el Instituto Mexicano del Seguro Social, será disminuir el número de pacientes de 6 a 11 años con sobrepeso u obesidad, así mismo las enfermedades que conlleva el sobrepeso u obesidad tanto en la infancia como en la vida adulta, ya que esta patología ocasiona enfermedades como son diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y enfermedades cardiovasculares, como se sabe estas patologías demandan la gran mayoría de las consultas y provocan un alto costo al instituto, el objetivo de esta investigación es disminuir los costos al instituto a corto, mediano y largo plazo, ya que si se frena la obesidad desde la infancia las enfermedades antes mencionadas disminuirán.⁽⁶⁶⁾

El riesgo de esta investigación fue mínimo ya que al contestar el cuestionario de Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil las preguntas 7,8 y10 pudieran generar incomodidad y las preguntas 30 y 31 del cuestionario conductas alimentarias en niños también pudieran generar incomodidad.⁽⁶⁶⁾

c) Principio de justicia

Esta investigación se incluyó a todas las madres con escolares de 6 a 11 años derechohabientes al IMSS adscritas a la UMF 92 y que aceptaron participar en el estudio. Evitándose todo procedimiento que sea dañino para su integridad física o psicológica se respetó sus derechos y no se discriminó por motivos de sexo, etnia, raza, escolaridad o preferencias sociales. ⁽⁶⁶⁾

d) Principio de no maleficencia

La información obtenida por los participantes en el estudio “Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92”, fue manejada de manera confidencial ya que se les otorgó un folio para su identificación por parte del investigador y no se utilizó para otros fines lucrativos. ⁽⁶⁶⁾

X.4 LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD. ⁽⁶⁷⁾

Esta investigación se rigió de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, título segundo que abarca los aspectos éticos de la investigación en seres humanos por lo aplicaremos los siguientes artículos:

- a) Artículo 13.- última reforma DOF 02-04-2014, En todo momento durante la investigación se trató con respeto al sujeto en estudio, preservando tanto su estado físico como psicológico. se protegieron sus derechos y bienestar. ⁽⁶⁷⁾
- b) Artículo 14.- se contó con consentimiento informado por escrito y se le explicó de manera clara al sujeto en estudio cada uno de los aspectos. La investigación se realizó por profesional de la salud (R2 MF Yarisbeth García Sánchez), se cuidó la integridad del sujeto en estudio, se realizó la investigación en la UMF 92 que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios que garantizan el bienestar del sujeto de investigación. Por último, contó con la autorización del comité de ética núm. 1401-8 y comité local de investigación núm. 1401. ⁽⁶⁷⁾
- c) Artículo 15: El estudio de Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92, se consideró de tipo no experimental obteniéndose una muestra de madres con escolares de 6 a 11 años derechohabientes al IMSS, no se discriminó y se evitó en todo momento cualquier tipo de daño que se pueda generar en el participante. ⁽⁶⁷⁾

- d) Artículo 16.- se protegió la privacidad del sujeto en estudio durante la realización del estudio, su identidad fue protegida, no se usaron datos personales como es el nombre o número de seguridad social, por lo que se le otorgó un folio de identificación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. ⁽⁶⁷⁾
- e) Artículo 17.- Este artículo abarca el riesgo de investigación que el sujeto pueda sufrir un daño de manera inmediata o tardía en el estudio. Este proyecto de investigación está clasificado como Categoría II, investigación con riesgo mínimo ya que pudo presentar incomodidad o molestia al responder algunas preguntas de los cuestionarios de Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil (7,8 y10) y conductas alimentarias en niños (30 y 31). ⁽⁶⁷⁾
- f) Artículo 20.-En el presente estudio de actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92, se le explicó al sujeto en estudio lo que es un consentimiento informado, se le entregó por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los instrumentos de evaluación (ficha de datos personales, cuestionario sobre actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad y conducta alimentaria infantil) que se le aplicaron con la libre elección y sin coacción alguna. ⁽⁶⁷⁾

- g) Artículo 21.- En el desarrollo de la investigación sobre actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92, se le dio una explicación clara y completa sobre el consentimiento informado al sujeto de estudio, se le informó la importancia de realizar este estudio de investigación, se le mencionó que el sobrepeso y obesidad han aumentado considerablemente en la infancia durante los últimos años lo que ha generado llamarlo como epidemia y por este motivo es importante la identificación de los riesgos en los niños, así mismo la importancia de identificar las conductas alimentarias de los infantes para poder actuar de manera oportuna. Se le informó sobre la aplicación de los instrumentos de investigación que se utilizaron de una manera clara, los cuales son “cuestionario de actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil” y “conducta alimentaria infantil CEBQ” , se le garantizó resolver sus dudas, se le dio la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. ⁽⁶⁷⁾
- h) Artículo 22.- el consentimiento informado se formuló por escrito y reunió los requisitos solicitados, elaborado por el investigador principal R2 medicina Familiar García Sánchez Yarisbeth, se mencionó la información ya detallada en el artículo 21, se firmó por dos testigos y por el sujeto de investigación, en caso de que no supiera firmar imprimió su huella digital. ⁽⁶⁷⁾
- i) Artículo 24: Si existe algún tipo de relación entre el investigador y el sujeto de estudio que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debió ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, que sea completamente independiente de la relación investigador-sujeto. ⁽⁶⁷⁾

X.5 NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. ⁽⁶⁸⁾

Por otro lado, tomamos en cuenta la NOM-012-SSA3-2012 la cual establece criterios para llevar a cabo investigación en humanos. De acuerdo con los siguientes apartados:

- a) Apartado 6.- Está investigación con el tema: “actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92” se pudo llevar con la autorización del comité de ética e investigación y con firma del participante en el consentimiento informado. ⁽⁶⁸⁾

- b) Apartado 7.- Se elaboró y entregó a la secretaria un informe de carácter parcial, respecto del avance de la investigación y al término de esta, uno de carácter final que describió los resultados obtenidos. ⁽⁶⁸⁾
- c) Apartado 8.- La investigación se realizó en una institución que cuenta con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente, para proporcionar la atención médica adecuada, se realizó en la UMF 92 cd. Azteca unidad del IMSS, no se realizaron maniobras experimentales. En caso de que se presentará algún efecto adverso como una crisis de ansiedad el investigador comunicaría al comité de ética 1401-8 e investigación 1401 relacionado con el estudio. ⁽⁶⁸⁾
- d) Apartado 10.- Durante la realización de la investigación con tema “Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92” Se vigiló detalladamente que el consentimiento informado contará con los requisitos solicitados, no se causaron daños al sujeto de estudio de los cuales se requiera indemnización. Personalmente informé al sujeto de investigación acerca de los instrumentos de investigación aplicados (cuestionario de actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad, cuestionario de conducta alimentaria infantil CEBQ) la conveniencia de su participación (la participación del sujeto en estudio nos sirvió para identificar las población en riesgo, actuar de manera oportuna hacia la prevención de sobrepeso y obesidad) y los beneficios que se obtuvieron a nivel personal (el sujeto en estudio será capaz de identificar factores de riesgo en su hijo escolar y así poder responder de manera oportuna y poder disminuir los riesgos de enfermedades relacionadas con el sobrepeso y obesidad infantil). ⁽⁶⁸⁾
- e) Apartado 11.- De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. No se realizaron maniobras experimentales. El sujeto de investigación tuvo el derecho de abandonar el estudio cuando él lo deseo. Se anexó el consentimiento informado para la autorización de la investigación. Esta investigación “Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92” no cobró ni un peso a los sujetos de estudio. ⁽⁶⁸⁾

- f) Apartado 12.- De la información implicada en investigaciones. La información obtenida en esta investigación “Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobre peso y obesidad infantil en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92” así como los datos personales obtenidos fueron protegidos durante la fase de desarrollo de la investigación, así como en la publicación de los resultados en esta.⁽⁶⁸⁾

X.6 LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.⁽⁶⁹⁾

- a) Artículo 7.- Los datos personales obtenidos en la investigación de actitudes maternas y conducta alimentaria en madres con escolares den 6 a 11 años de la UMF 92, se trataron de manera lícita, conforme a las disposiciones establecidas por esta ley, los datos personales se obtuvieron mediante una ficha de identificación previo a la firma de un consentimiento informado y dando la autorización de su participación en la investigación. Los datos personales proporcionados gozaron de confidencialidad y privacidad por parte del investigador.⁽⁶⁹⁾
- b) Artículo 8.- El consentimiento informado el cual cuenta esta investigación de actitudes maternas y conducta alimentaria en madres con escolares den 6 a 11 años de la UMF 92, fue expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos. Se le otorgó por escrito un consentimiento informado al participante y de manera verbal se le explicó su contenido y dudas que al participante le surgieron.⁽⁶⁹⁾
- c) Artículo 9.- No se realizaron bases de datos que contuvieran información que identifique al participante por lo que en la ficha de identificación no se requisita nombre, ni número de seguridad social, se proporcionó folio de identificación.⁽⁶⁹⁾
- d) Artículo 11.- Los datos personales obtenidos por medio de la ficha de identificación, los instrumentos de evaluación (cuestionario de actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil, cuestionario de conductas alimentarias infantiles CEBQ) fueron de confidencialidad y se utilizaron solo los pertinentes en las bases de datos, ninguno que identifique al participante y fueron utilizados solo con fines mencionados en este protocolo de investigación. Los datos personales utilizados una vez de haber cumplido el cometido fueron cancelados.⁽⁶⁹⁾

- e) Artículo 12.- Los datos personales obtenidos en la investigación actitudes maternas y conducta alimentaria hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madre con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92, fueron utilizados solo el tiempo que duró la investigación bajo la autorización del participante. Si después de terminada la investigación se requiriera de datos de algún participante se le requerirá nuevamente un consentimiento informado para su uso. ⁽⁶⁹⁾
- f) Artículo 13.- Los datos personales utilizados en la investigación fueron los necesarios y adecuados en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. Los datos personales que se utilizaron fueron edad, ocupación, escolaridad, edad del hijo(a), peso y talla de la menor proporcionada por la madre, estado civil de la madre. ⁽⁶⁹⁾
- g) Artículo 14.- Se protegieron los datos personales de los participantes, el investigador R2 MF Yarisbeth García Sánchez respetó el aviso de privacidad dado a conocer al participante. Se vigiló el cumplimiento de los principios de protección de datos personales que se establecen en esta ley, como son la confidencialidad y privacidad. El consentimiento informado se respetó en todo momento. ⁽⁶⁹⁾

XI. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

a) Tesista

M.C y P. Yarisbeth García Sánchez

b) Investigador principal

Especialista en Medicina Familiar M.C. Alma Janet Santiago Sandoval

c) Investigador asociado

Coordinadora clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 92, Especialista en Medicina Familiar M.C. Olivia Reyes Jiménez

d) población femenina (madres con escolares de 6 a 11 años) de la UMF 92

Recursos físicos

- 1.- Laptop
- 2.- impresora y cartuchos de impresión
- 3.- hojas de papel bond blancas
- 4.- lápices, bolígrafos, gomas y sacapuntas
- 5.- engargolados y empastados
- 6.- calculadora simple

Recursos financieros

Computadora Laptop	\$16 000
impresora	\$ 3 000
Cartuchos de impresión	\$ 1 000
Holas de papel bond blancas	\$ 400
Lápices, bolígrafos, gomas, sacapuntas	\$ 200
Engargolados, empastados	\$ 3 000
Calculadora simple marca Casio	\$ 200
total	\$ 23, 800.00

XII. METODOLOGIA

El presente estudio fue de tipo observacional analítico y transversal el cual fue realizado en sujetos de género femenino, madres con escolares de 6 a 11 años adscritos en la UMF 92 los cuales cumplieron los criterios de inclusión, así como contar con su autorización a través del consentimiento informado para su participación, así como para utilizar los Datos obtenidos en los instrumentos de aplicación durante el estudio.

El cálculo del tamaño se estableció mediante la fórmula para la obtención de la muestra en estudios de población en diferencia de dos proporciones con una población total de 290 sujetos de los cuales se obtuvieron un subconjunto de 243 sujetos los cuales fueron tomados como población para estudio, se aplicaron cuestionarios de ficha de identificación para obtener datos sociodemográficos además los instrumentos para la obtención de la información requerida para el actual estudio. Los instrumentos aplicados fueron cuestionarios para medir las actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil, y el cuestionario para medir el comportamiento alimentario infantil (CEBQ).

XIII. RESULTADOS

Tabla 1. Concentrado de datos sociodemográficos de los sujetos de estudio

ESCOLARIDAD DE LA MADRE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos primaria	2	0.8	0.8	0.8
secundaria	56	23	23	23.9
bachillerato	130	53.5	53.5	77.4
licenciatura	54	22.2	22.2	99.6
posgrado	1	0.4	0.4	100
Total	243	100	100	
EDAD DE LA MADRE				
Válidos 20 A 30	77	31.7	31.7	31.7
31 A 40	146	60.1	60.1	91.8
41 A 50	20	8.2	8.2	100
Total	243	100	100	
EDAD DEL HIJO				
Válidos 6 a 7	78	32.1	32.1	32.1
8 a 9	72	29.6	29.6	61.7
10 a 11	93	38.3	38.3	100
Total	243	100	100	
OCUPACIÓN DE LA MADRE				
Válidos trabajadora manual/obrero	64	26.3	26.3	26.3
comerciante	19	7.8	7.8	34.2
ama de casa	119	49	49	83.1
profesionista	41	16.9	16.9	100
Total	243	100	100	
ESTADO CIVIL DE LA MADRE				
Válidos soltera	37	15.2	15.2	15.2
casada	109	44.9	44.9	60.1
unión libre	72	29.6	29.6	89.7
divorciada o separada	25	10.3	10.3	100
Total	243	100	100	
SEXO DEL HIJO				
Válidos niño	150	61.7	61.7	61.7
niña	93	38.3	38.3	100
Total	243	100	100	
IMC DEL HIJO				
Válidos bajo peso	6	2.5	2.5	2.5
normal	105	43.2	43.2	45.7
sobrepeso	64	26.3	26.3	72
obesidad	68	28	28	100
Total	243	100	100	

Fuente: ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Escolaridad:

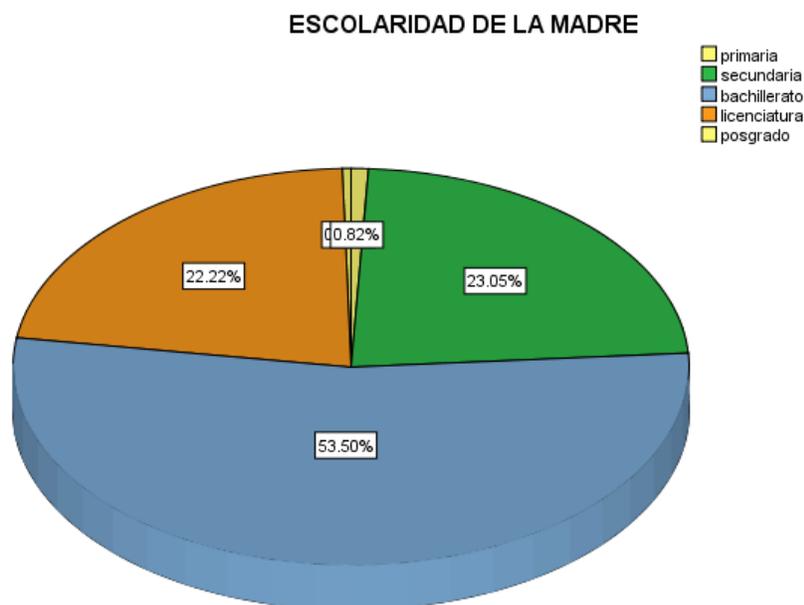
De los resultados obtenidos el rango de escolaridad encontramos de acuerdo a orden de mayor predominancia en escolaridad: nivel bachillerato con un porcentaje de 53.50% (N=130), nivel secundario con un porcentaje de 23.05% (N=56), nivel licenciatura con un porcentaje de 22.2% (N=54), nivel primaria con un porcentaje de .8% (N=2), nivel primaria con un porcentaje 0.4% (N=1) siendo el nivel mayoritario el nivel bachillerato. Tabla 2 Gráfico 2

Tabla 2. Análisis estadístico de escolaridad de madres de escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

ESCOLARIDAD DE LA MADRE					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	primaria	2	.8	.8	.8
	secundaria	56	23.0	23.0	23.9
	bachillerato	130	53.5	53.5	77.4
	licenciatura	54	22.2	22.2	99.6
	posgrado	1	.4	.4	100.0
	Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 2. Estadístico Escolaridad de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 1

Edad:

La mediana de la edad de sujetos en el estudio fue de 2.00, la media de la edad de los sujetos en estudio fue de 1.77, moda de 2, el valor mínimo fue de 1 y un valor máximo de 3. En cuanto a la frecuencia de sujetos de estudio entre 20 a 30 años brindando un porcentaje de 31.7% (N=77) de la población de estudio, sujetos de 31 a 40 años brindando un porcentaje de 60.1% (N=146) de la población de estudio, sujetos de 41 a 50 años brindando un porcentaje de 8.2% (N=20) de la población de estudio. En conclusión, se obtuvo un mayor porcentaje en sujetos de estudio de 31 a 40 años con escolares de 6 a 11 años. Tabla 3 Gráfico 3.

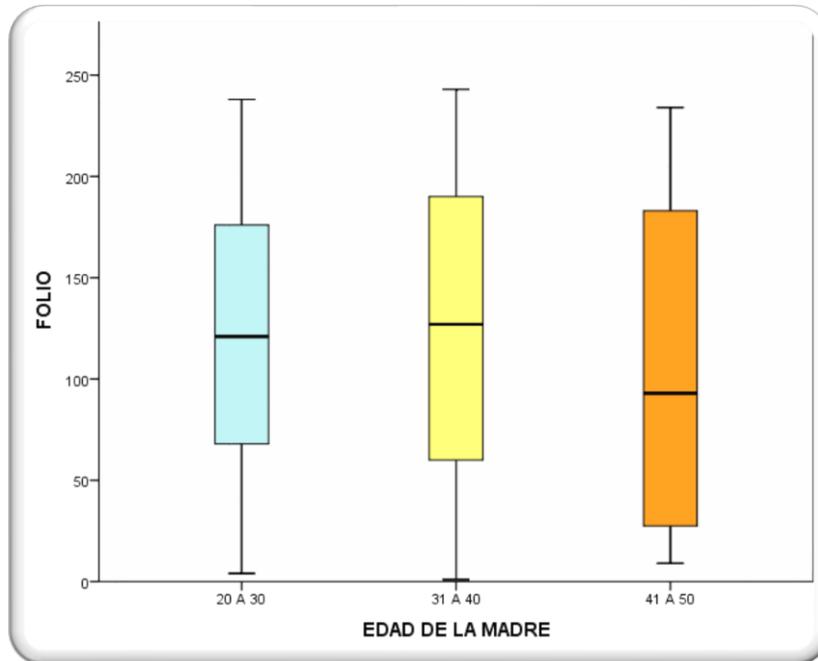
Tabla 3. Análisis estadístico de la edad de la madre con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

EDAD DE LA MADRE		
N	Válidos	243
	Perdidos	0
Media		1.77
Mediana		2.00
Moda		2
Mínimo		1
Máximo		3

EDAD DE LA MADRE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 A 30	77	31.7	31.7
	31 A 40	146	60.1	91.8
	41 A 50	20	8.2	100.0
Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 3. Estadístico de la edad de la madre con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 3

Edad del hijo:

La mediana de la edad de hijos de los sujetos en estudio fue de 2.00, la media de la edad de hijos de los sujetos en estudio fue de 2.06, moda de 3, el valor mínimo fue de 1 y un valor máximo de 3. En cuanto a la frecuencia de la edad de los hijos entre 6 a 7 años de los sujetos de estudio se obtuvo un porcentaje de 32.1% (N=78) de la población de estudio, hijos de 8 a 9 años de los sujetos de estudio se obtuvo un porcentaje de 29.6% (N=72) de la población de estudio, hijos de 10 a 11 años de los sujetos en estudio nos arrojó un porcentaje de 38.3% (N=293) de la población de estudio. En conclusión, se obtuvo un mayor porcentaje en hijos de 10 a 11 años de los sujetos de estudio. Tabla 4 Gráfico 4.

Tabla 4. Análisis estadístico de la edad de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

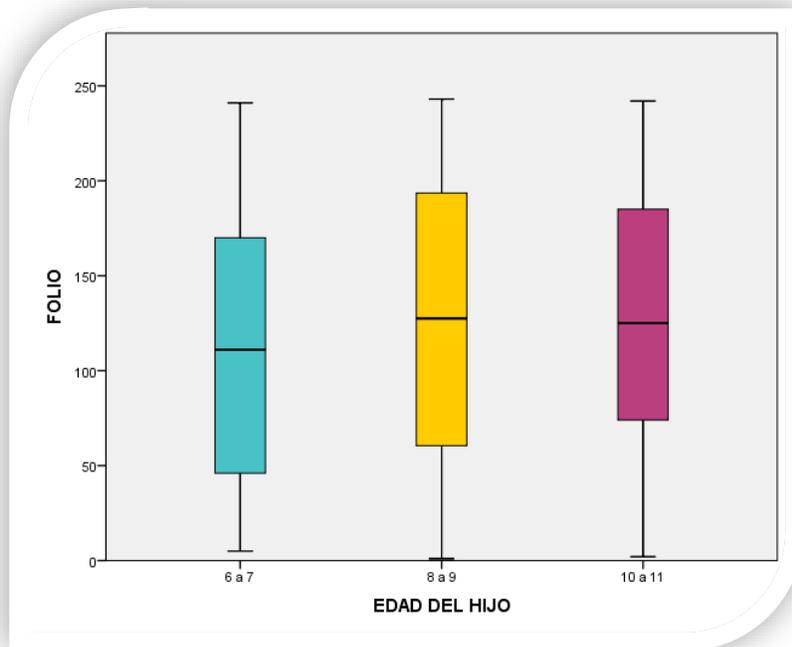
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6 a 7	78	32.1	32.1
	8 a 9	72	29.6	61.7
	10 a 11	93	38.3	100.0
	Total	243	100.0	100.0

Estadísticos

N	Válidos	243
	Perdidos	0
Media		2.06
Mediana		2.00
Moda		3
Mínimo		1
Máximo		3

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 4. Estadístico de la edad de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 4

Ocupación de la madre:

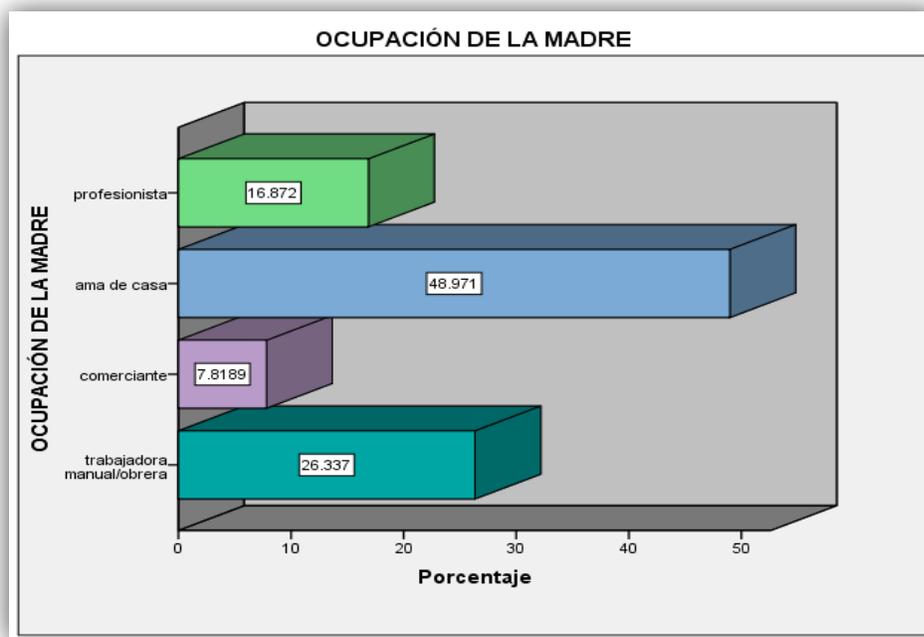
De los resultados obtenidos dentro de los sujetos de estudio la mayor frecuencia de actividad es ama de casa con un porcentaje de 49% (N=119), precedido de trabajadora manual/obrero con un porcentaje de 26.3% (N=64), en tercer lugar, profesionista con un porcentaje de 16.9% (N=41), y finalmente la ocupación de comerciante con un porcentaje de 7.8% (N=19). Siendo ocupación mayoritaria ama de casa. Tabla 5 Gráfica 5.

Tabla 5. Análisis estadístico de ocupación de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

OCUPACIÓN DE LA MADRE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
trabajadora manual/obrero	64	26.3	26.3	26.3
comerciante	19	7.8	7.8	34.2
Válidos ama de casa	119	49.0	49.0	83.1
profesionista	41	16.9	16.9	100.0
Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 5. Estadístico de ocupación de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 5

Estado civil de la madre:

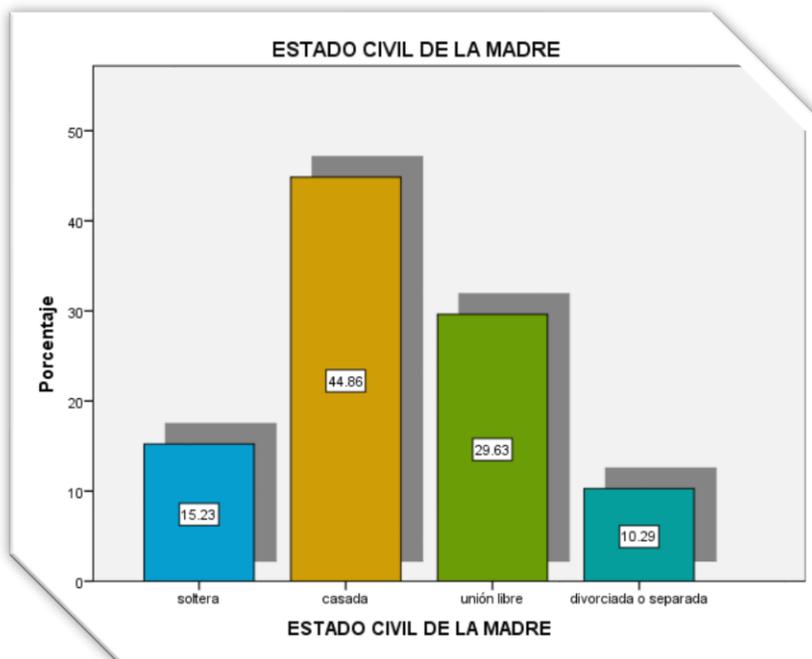
Dentro de los resultados obtenidos denotamos que la mayor frecuencia de los sujetos de estudio se encontraba la población casada con un porcentaje de 44.9% (N=109) precedido del grupo de unión libre con un porcentaje de 29.6% (N=72), soltera con un porcentaje de 15.2% (N=37) y por último divorciada o separada representando un porcentaje de 10.3% (N=25). Tabla 6 gráfico 6.

Tabla 6. Análisis estadístico de estado civil de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

ESTADO CIVIL DE LA MADRE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltera	37	15.2	15.2
	casada	109	44.9	60.1
	unión libre	72	29.6	89.7
	divorciada o separada	25	10.3	100.0
	Total	243	100.0	100.0

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 6. Estadístico de estado civil de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 6

Sexo del hijo:

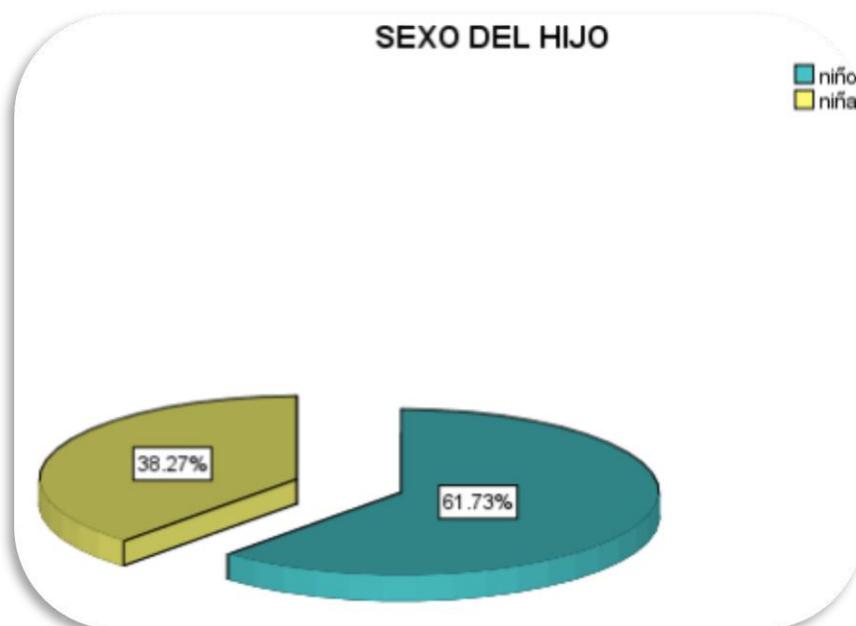
Se presenta en la siguiente tabla la distribución del sexo del hijo del sujeto en estudio, obteniendo que con mayor frecuencia se presenta el sexo masculino (niño) con un porcentaje 61.7% (N=150) del total de los sujetos encuestados y se presenta al 38.3% (N=93) del sexo femenino (niña) del total de los sujetos encuestados. Tabla 7 Gráfico 7.

Tabla 7. Análisis estadístico del sexo de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

SEXO DEL HIJO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	niño	150	61.7	61.7
	niña	93	38.3	38.3
Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 7. Estadístico del sexo de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 7

Índice de masa corporal (IMC) del hijo:

Se obtiene mediante encuesta 243 sujetos en estudio la siguiente distribución con respecto al índice de masa corporal de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años, obteniendo una media de 2.80, mediana de 3.00, una moda de 2, un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 4. Así mismo de acuerdo con frecuencia se obtuvo un IMC bajo peso con un porcentaje de 2.5% (N=6) de la población en estudio, peso normal con un porcentaje 43.2% (N=105) de la población en estudio, sobrepeso un porcentaje 26.3% (N=64) de la población en estudio, en el rango de obesidad se obtuvo un porcentaje de 28.0% (N=68) de la población en estudio. En conclusión, el IMC que más prevalece en la población en estudio es con un peso normal y en segundo lugar obesidad. Tabla 8 gráfico 8

Tabla 8. Análisis estadístico del IMC de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92

Estadísticos

IMC DEL HIJO

N	Válidos	243
	Perdidos	0
Media		2.80
Mediana		3.00
Moda		2
Mínimo		1
Máximo		4

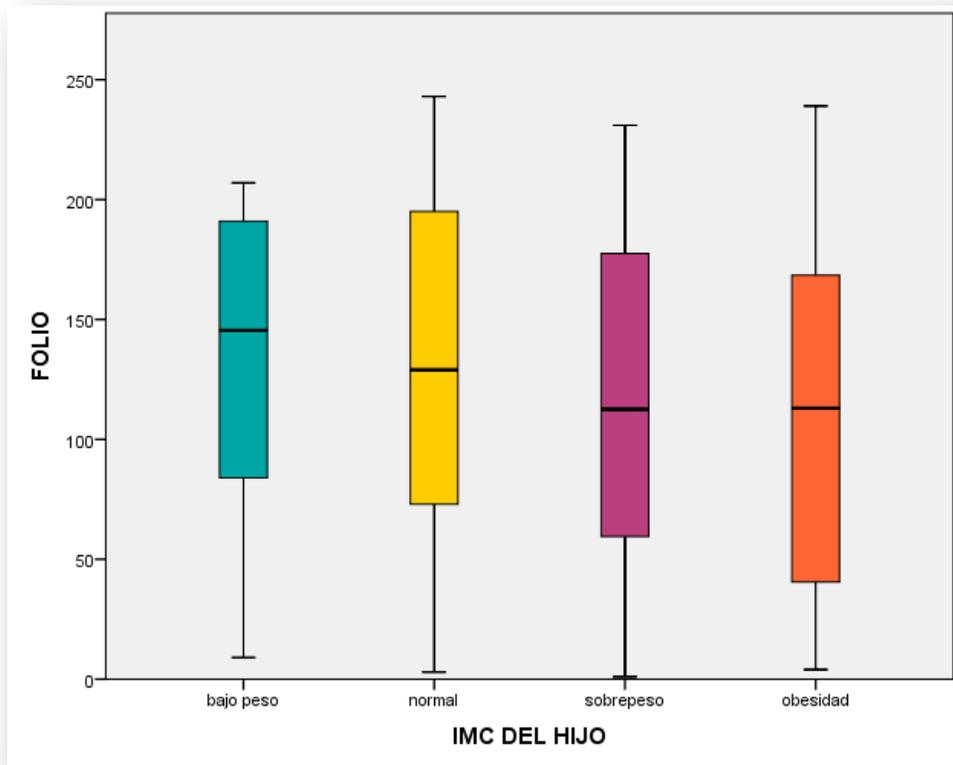
Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

IMC DEL HIJO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo peso	6	2.5	2.5	2.5
normal	105	43.2	43.2	45.7
Válidos sobrepeso	64	26.3	26.3	72.0
obesidad	68	28.0	28.0	100.0
Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 8. Estadístico del IMC de los hijos de madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92



Fuente: ficha de identificación y tabla 8

Variable independiente

Actitud materna hacia el sobrepeso y obesidad infantil:

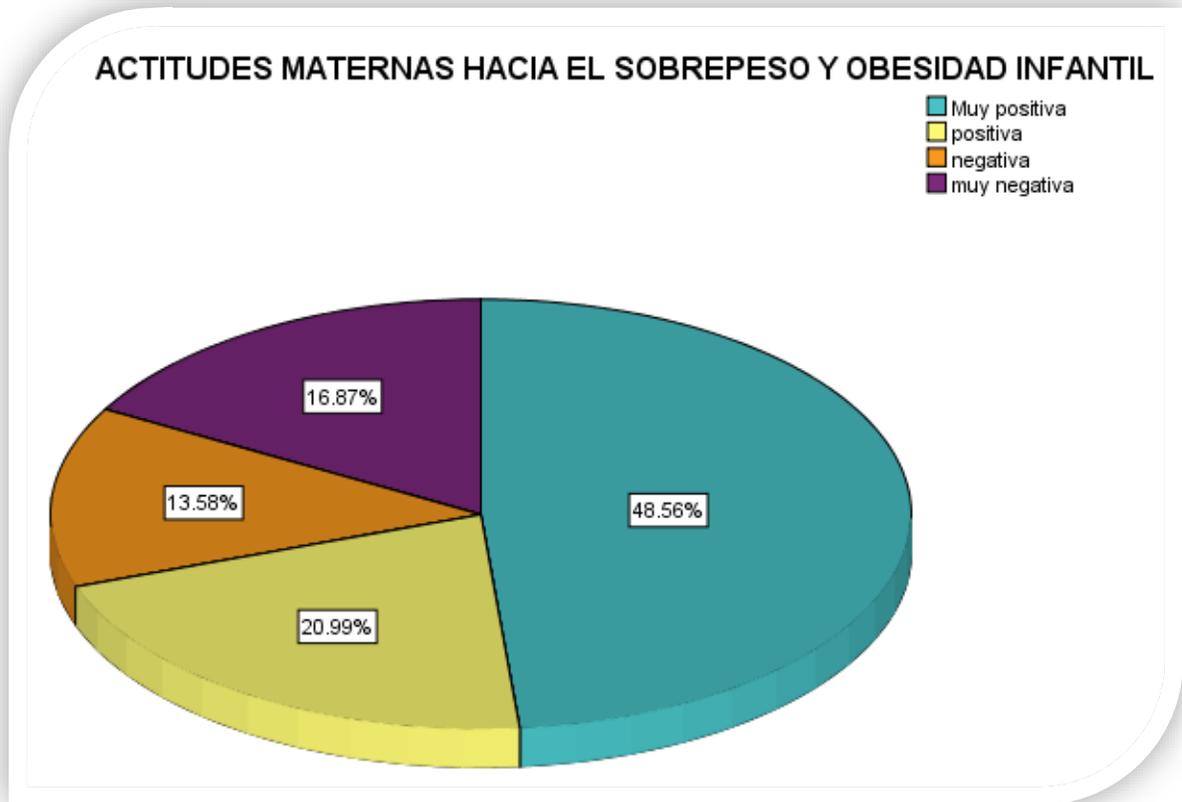
Los datos se obtuvieron a partir de la aplicación del cuestionario “actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil” a los sujetos de estudio en este caso madres con escolares de 6 a 11 años. Dando como resultado un porcentaje de 48.6% (N=118) con actitud muy positiva de la población en estudio, positiva con un porcentaje 21.0% (N=51) de los sujetos en estudio, actitud negativa con un porcentaje de 13.6% (N=33) de los sujetos en estudio y finalmente actitud muy negativa con un porcentaje 16.9% (N=41) de los sujetos en estudio. Llegando a la conclusión que en madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92 prevalece la actitud muy positiva hacia el sobrepeso y obesidad infantil. En segundo término, prevalece la actitud positiva. Tabla 9 y Gráfico 9.

Tabla 9. Análisis estadístico de la variable independiente “actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil”

ACTITUDES MATERNAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy positiva	118	48.6	48.6	48.6
positiva	51	21.0	21.0	69.5
Válidos negativa	33	13.6	13.6	83.1
muy negativa	41	16.9	16.9	100.0
Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario “actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil” y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 9. Estadístico de la variable independiente “actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil”



Fuente: Variable Independiente. “actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil”. Tabla 9

Variable dependiente

Conducta alimentaria infantil:

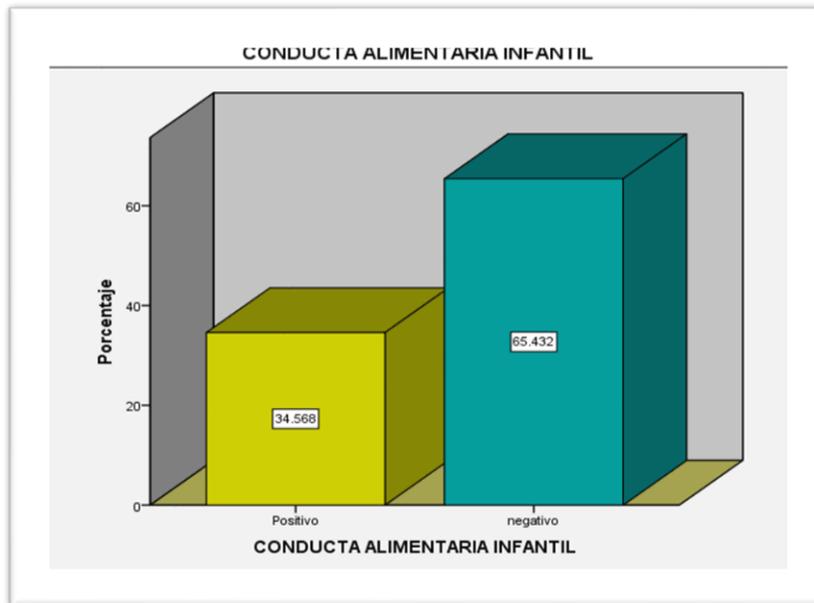
Mediante la aplicación del cuestionario “conducta alimentaria infantil (CEBQ)” a los sujetos en estudio se obtuvieron los siguientes resultados respecto a porcentaje y frecuencia, obteniendo como mayor porcentaje una conducta alimentaria negativa del infante desde la perspectiva de la madre con un porcentaje de 65.4% (N=159) de los sujetos totales en estudio y un 34.6% (N=84) con conducta positiva alimentaria. Prevalciendo la conducta alimentaria negativa. Tabla 10 Gráfico 10

Tabla 10. Análisis estadístico de la variable dependiente “conducta alimentaria infantil”

CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Positivo	84	34.6	34.6
	negativo	159	65.4	100.0
Total	243	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario “conducta alimentaria infantil (CEBQ)” y paquete estadístico SPSS v.21

Gráfico 10. Estadístico de la variable dependiente “conducta alimentaria infantil”



Fuente: Tabla 10 Variable dependiente “Conducta alimentaria infantil”

Asociación entre Actitudes maternas y conducta alimentaria hacia el sobrepeso y obesidad infantil:

Dentro de la población estudiada madres con escolares de 6 a 11 años de la UMF 92 (N=243) posterior a la aplicación de los cuestionarios para medir la actitud materna hacia el sobre peso y obesidad infantil y conducta alimentaria infantil correlacionando a través de la prueba de Coeficiente de correlación de tau- c de Kendall una estadística no paramétrica, dando como resultado una significancia de .037. Tabla 11 Gráfico 11

Tabla 11. Prueba cruzada entre Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y conducta alimentaria infantil.

Recuento

		CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTIL		Total
		Positivo	negativo	
ACTITUDES MATERNAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL	Muy positiva	28	90	118
	positiva	30	21	51
	negativa	15	18	33
	muy negativa	11	30	41
Total		84	159	243

Fuente: Cuestionario para medir actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y cuestionario para medir la conducta alimentaria infantil y paquete estadístico SSPS. V.21

Tabla 11. Asociación entre actitud materna hacia el sobrepeso y obesidad infantil y conducta alimentaria infantil.

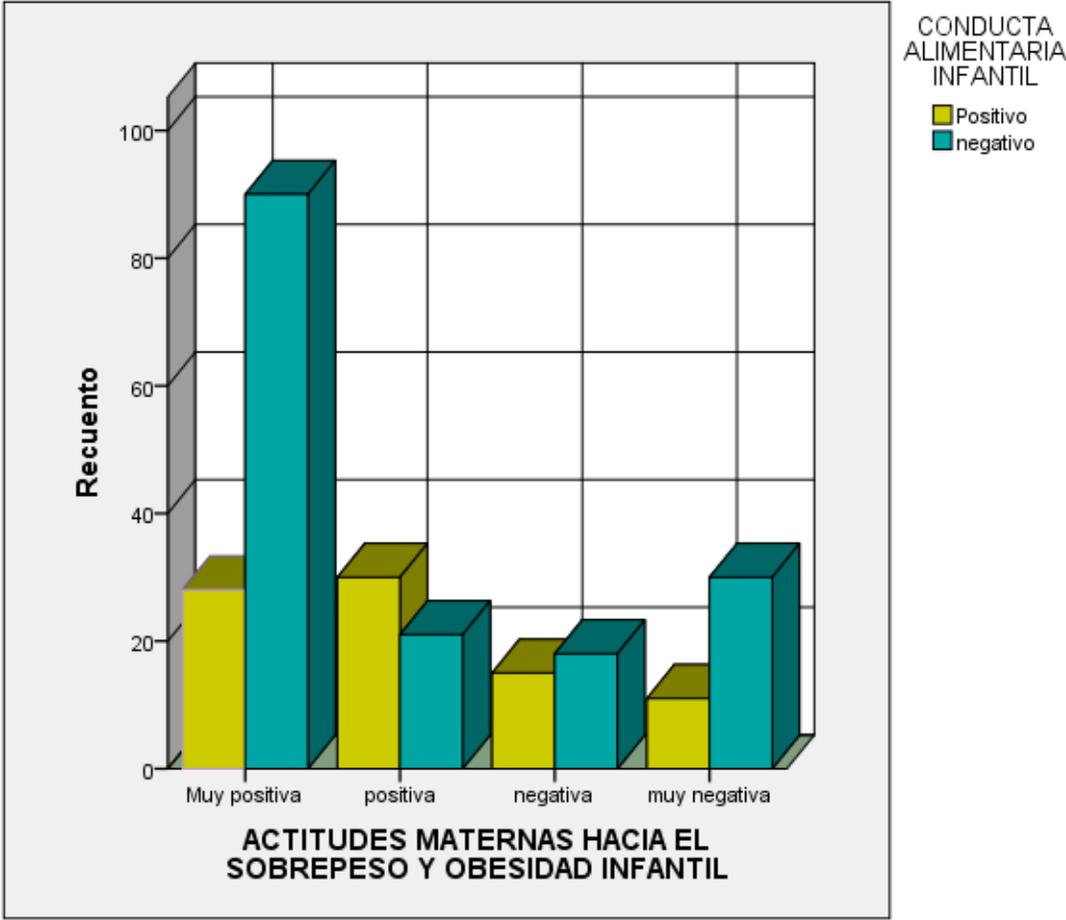
Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-.133	.064	-2.084	.037
N de casos válidos		243			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Gráfico 11. Asociación entre actitud materna hacia el sobrepeso y obesidad infantil y conducta alimentaria infantil.



Fuente: Tabla 11. Asociación entre actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y conducta alimentaria infantil de UMF 92.

XIV. DISCUSIÓN

Escolaridad:

Dentro de la población en estudio la escolaridad es un factor que puede predeterminar un nivel socioeconómico y de acuerdo con el artículo “factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en niños” un nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para desarrollar obesidad, en las familias donde el nivel socioeconómico se visualiza la falta de priorización de los estilos de vida saludable el riesgo es mayor para los infantes de padecer sobrepeso u obesidad.⁽¹⁷⁾

De acuerdo con nuestra tabla 2 las madres con escolaridad bachillerato prevalecen en nuestra población en estudio con un porcentaje 53.5%. donde más de la mitad tienen actitudes maternas negativas hacia el sobrepeso y obesidad infantil.

Edad de la madre:

Dentro de la población en estudio la edad que prevalece es el rango de edad 31 a 40 años con un porcentaje 60.1% de las cuales la mayor parte sus hijos padecen sobrepeso u obesidad infantil. Y con respecto a los otros rangos de edad se mantienen con el mismo resultado, de acuerdo a las bibliografías la edad de la madre no es un factor que predisponga a padecer sobrepeso u obesidad infantil.^(4,40)

Edad del hijo:

Referente a la bibliografía encontramos que de acuerdo con la OMS los infantes y adolescentes de 5-19 años han sido los que han presentado mayor incremento en padecer sobrepeso u obesidad a nivel mundial. Se habla que 1 de cada 20 niños menores de 5 años presenta sobrepeso u obesidad, conforme aumenta la edad aumenta el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, es decir, Niños de 6 a 11 años prevalecen con estos padecimientos. edades que se tomaron como base de estudio, de acuerdo con (ENSANUT) La prevalencia a nivel nacional de obesidad y sobrepeso en 2018 de 35.5% en escolares de 5 a 11 años. De acuerdo con los resultados de este estudio encontramos que el rango de edad que prevalece es de 10 a 11 años, donde la mayoría presentó sobrepeso u obesidad.^(37, 14, 35, 42, 44)

Ocupación de la madre:

De acuerdo a la bibliografía nos menciona que el nivel socioeconómico influye en el sobrepeso y obesidad en los niños, los niveles socioeconómicos bajos presentan actitudes maternas negativas, el nivel socioeconómico depende de la ocupación de las persona, sin embargo, en su mayoría de la población estudiada se dedicaba al hogar con un porcentaje de 49% y menor porcentaje se dedicaba al comercio 7.8%. de lo cual nos habla que la mayoría de las madres son las que se enfocan a la alimentación de la familia y es por ello la importancia de realizar prácticas preventivas en ellas.⁽⁵⁾

Estado civil de la madre:

Entre los factores que condicionan el sobrepeso y obesidad infantil es el influjo familiar, en Latinoamérica muchas de las familias son extensas lo cual nos habla que hay gran convivencia con abuelos y ellos influyen de cierta forma en la alimentación de los niños. Cuando hablamos de familias extensas hablamos que ambos padres viven con los hijos y generalmente uno o ambos abuelos. En base a los resultados obtenidos en este estudio denotamos que el estado civil que prevaleció en la población estudiada fue casado con un porcentaje 44.9% y unión libre un porcentaje 29.6%.⁽⁴⁰⁾

Sexo del hijo:

Con respecto a estudios anteriores se ha identificado la obesidad como una epidemia donde se habla de porcentajes de prevalencia 0.7% a 0.9% en niñas y 0.9% a 7.8% en niños a nivel mundial, en México la prevalencia fue de 26.2 en niños escolares. De acuerdo con ENSANUT 2018-2019 la edad la prevalencia de sobrepeso en niñas fue a los ocho años y en categoría de obesidad fue a los diez años hablando del mismo género, con respecto a los niños la prevalencia de sobrepeso fueron las edades de 10 y 11 años y la categoría de obesidad la edad más prevalente fue nueve años en niños. De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio observamos que el sexo que prevalece es el masculino con un porcentaje 61.7% con rango de edad de prevalencia 10-11 años y siendo en su mayoría padecer sobrepeso.^(13,45,46)

Índice de masa corporal (IMC) del hijo:

El índice de masa corporal nos ayuda para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en los infantes, de acuerdo con la OMS y GPC el sobrepeso infantil se define en el percentil 85-97, obesidad por arriba del percentil 97. Recientemente niños y adolescentes se han clasificado como un grupo con obesidad severa donde el riesgo cardio metabólico a sido más elevado, esto afecta entre 4% y 6% de los niños, la obesidad severa se define como un IMC mayor o igual a 35kg/m². En este estudio se obtuvo como resultado un IMC normal de predominio con un porcentaje 43.2%, y en segundo lugar un IMC clasificado en obesidad con un porcentaje 28%. ^(11,23,35)

Actitud materna hacia el sobrepeso y obesidad infantil:

De acuerdo con la bibliografía las actitudes negativas hacia las personas con peso elevado pueden ser explícitas e implícitas lo cual puede generar que los infantes experimenten depresión, trastornos alimentarios y empeoramiento de la obesidad, se ha demostrado que los hábitos alimenticios de las madres afectan directa e indirectamente en el peso del menor, en comparación con los resultados obtenidos en este estudio representados en tabla y gráfico 9 encontramos que la actitud hacia el sobrepeso y obesidad infantil que predomina es la actitud muy positiva con un 48.6%, la actitud negativa con un porcentaje 13.6% y muy negativa 16.9% , con respecto a las madres con actitudes negativas y muy negativas los hijos con sobrepeso y obesidad prevalecen. ^(2,3,4,41)

Conducta alimentaria infantil:

En nuestra variable dependiente sobre conducta alimentaria infantil se ve reflejada en la prevalencia en la tabla y gráfico 10, en las cuales podemos observar que predomina la conducta alimentaria negativa en un 65.4% lo cual nos habla con respecto a la bibliográfica el dar alimentos como premio y limitar alimentos influye en esta conducta alimentaria negativa, así mismo la alimentación quisquillosa se ve involucrada, sin restar importancia a la victimización de los infantes por el peso ya que esto repercute en consecuencias emocionales negativas y conductas alimentarias inapropiadas. ^(5,6,7,8)

Asociación entre Actitudes maternas y conducta alimentaria hacia el sobrepeso y obesidad infantil:

En este estudio se obtuvieron resultados que se encuentran concentrados en la tabla y grafico 11, donde se puede observar que predomina la conducta alimentaria negativa con respecto a la variable dependiente y la actitud materna positiva con respecto a nuestra variable dependiente, sin embargo, enfocándonos a las actitudes maternas negativas concluimos que predominan las conductas alimentarias negativas de los infantes desde la perspectiva materna, Por tal motivo podemos determinar que existe una asociación entre las actitudes maternas negativas y conductas alimentarias negativas hacia el sobrepeso y obesidad infantil, aceptando nuestra hipótesis alterna, de acuerdo con la prueba de coeficiente de correlación tau -c de Kendall donde el p-valor fue menor a 0.05. respecto a la bibliografía nos menciona que las actitudes maternas negativas repercuten en una conducta alimentaria inapropiada, con respecto a las actitudes se hace mención desde el tipo de alimentos otorgados a los infantes, así mismo el dar alimentos como premios, el permitir que los infantes sean quisquillosos, o el demostrar una actitud implícita o explícita hacia el exceso de peso del infante, o incluso normalizar el sobrepeso u obesidad infantil.

(3,4,7,8,49)

XV. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación podemos concluir que existe una relación entre las actitudes maternas negativas hacia el sobrepeso y obesidad infantil y las conductas alimentarias infantiles negativas, hablando de actitudes maternas negativas hacemos referencia desde la selección de alimentos para el infante, así como tener una percepción inadecuada del peso del infante, lo que nos lleva a pensar que debemos actuar con medidas preventivas en el núcleo familiar, de manera prioritaria hacia las madres ya que de acuerdo a los resultados obtenidos la mayoría se encuentra en casa y son las que se dedican a seleccionar los alimentos, son en su mayoría las que están al cuidado del menor y observan la conducta frente a los alimentos del infante.

Estos resultados nos alertan sobre estas enfermedades sobrepeso y obesidad infantil ya que los resultados nos arrojaron que predomina el sobrepeso en los niños, comparando un IMC normal, es por ello hacer hincapié en la educación de la madre por parte del médico familiar desde el embarazo, la lactancia materna (se considera un factor protector) infancia y adolescencia ya que las edades en las que predomina el sobrepeso y obesidad infantil son de los 6-11 años resaltando el rango de edad 10-11 años y sexo masculino se ve más afectado.

Podemos concluir que el rango de edad 31-40 años de la madre predomina el sobrepeso y obesidad en los hijos, con este resultado se puede actuar de manera prioritaria en este rango de edad, sin dejar al descuido las demás edades.

Las conductas alimentarias en los niños al identificarla como negativas son de gran ayuda para la prevención de obesidad y sobrepeso infantil.

Ayudemos a nuestros niños a tener una vida más saludable, identifiquemos factores de riesgo y actuemos de manera oportuna.

XVI. RECOMENDACIONES

MADRES:

Es de gran importancia saber lo que involucra las enfermedades sobrepeso y obesidad en los niños, es por ello por lo que se recomienda acercarse a su médico familiar para aclarar dudas respecto a estos padecimientos, como detectar a tiempo estas enfermedades y cómo actuar si el niño presenta estos padecimientos.

La alimentación es la base para padecer estas enfermedades, es recomendable saber seleccionar los alimentos adecuados para los niños, tener actitudes positivas, es decir no premiar al infante con alimento chatarra ya que son la principal fuente calórica y dañina para el organismo.

Se les recomienda la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua, durante los primeros 6 meses de vida. La lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche, se recomienda no utilizar biberones, ni chupetes.

Se recomienda motivar al niño para realizar actividad física y disminuir las horas tras pantalla, si bien durante la pandemia estos actos no se pudieron llevar a cabo de manera efectiva, tuvo su repercusión ya que provocó un aumento de estas enfermedades en los niños, es momento de retomar estas actitudes y mejorar el estilo de vida de los niños y la familia.

La obesidad en los niños trae graves consecuencias conforme aumenta la edad y es obligación de la madre mantenerse informada sobre estos riesgos, entre los cuales predomina padecer diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares, todas en su gran mayoría prevenibles si desde la infancia se mantiene con IMC ideal y medidas higiénico dietéticas adecuadas.

El conocer las conductas de los niños frente a los alimentos ayuda a identificar trastornos alimenticios, por ello al ser identificados se debe acudir con su médico familiar para poder dar un seguimiento multidisciplinario y prevenir enfermedades catastróficas.

MEDICO FAMILIAR:

Si bien es un reto la lucha contra esta epidemia llamada obesidad, pero no una imposibilidad de mejorar las cifras de niños obesos. Es por ello la importancia del actuar por parte del médico familiar desde un enfoque preventivo. Es importante mantener una relación médico-paciente efectiva y dar la pauta para que las madres expresen sus dudas. Es responsabilidad del médico familiar aclarar todas las dudas sobre estos padecimientos a las madres de los menores, dar información veraz y herramientas para prevenir estos padecimientos, se recomienda al médico familiar hacer hincapié sobre los beneficios de la lactancia materna, como factor protector del sobrepeso y obesidad infantil.

Se recomienda llevar a cabo un control prenatal y perinatal para una prevención de sobrepeso y obesidad infantil y así mismo identificar de manera temprana estas enfermedades.

Se recomienda al médico familiar fomentar la lactancia materna exclusiva como factor protector contra el sobrepeso, obesidad y otras enfermedades, así mismo instruir a la madre la manera adecuada de proporcionar la lactancia materna.

Se recomienda dar una orientación de una dieta sana a las madres a fin de que los menores crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables. Enviar a módulos preventivos de manera oportuna, así mismo al servicio de nutrición, para llevar a cabo un tratamiento multidisciplinario.

Se recomienda al médico familiar hacer partícipes a sus pacientes en él, programa “chiquitimss”, ya que es un programa con estrategia educativa enfocado a niños y padres de familia, donde el objetivo principal es fomentar el autocuidado desde la higiene personal, bucal, nutrición, activación física, así como el apoyo en casos de sobrepeso y obesidad.

Se recomienda en cada consulta de control de niño sano se calcule IMC, se lleven a cabo las medidas antropométricas para verificar un adecuado crecimiento acorde a la edad, interrogar de manera intencionada a la madre sobre conductas alimentarias negativas del menor hacia los alimentos y sobre actitudes negativas de la madre con el fin de identificar a los menores con mayor riesgo de desarrollo de sobrepeso u obesidad e iniciar intervenciones, con ellos y sus familiares, para prevenirlo.

Se recomienda prestar especial cuidado para evitar la estigmatización u la culpabilidad de los menores con exceso de peso, o de sus familiares.

Se recomienda actuar de manera precoz a los médicos familiares frente a estas enfermedades y dar seguimiento para con ello evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo en la vida del infante.

INSTITUCIÓN:

Se recomienda a la institución facilitar materiales escritos o audiovisuales de apoyo para los profesionales y las familias acerca del sobrepeso y obesidad infantil.

Se recomienda a la institución crear grupos infantiles con problemas de sobrepeso u obesidad infantil, para control de peso, tratar temas enfocados en estos padecimientos de manera divertida y entretenida, para reforzar hábitos y enseñar a los menores el cuidado de su cuerpo, promover la actividad física y reducir los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes, teniendo accesibilidad de horarios por el tema de madre trabajadoras.

Se recomienda crear grupo de embarazadas en las unidades de medicina familiar con un equipo multidisciplinario para dar información y orientación a las futuras madres acerca de cómo prevenir el sobrepeso u obesidad en los niños.

Se recomienda dar mayor énfasis en estas enfermedades y promover programas preventivos de sobrepeso y obesidad infantil, invertir de manera temprana ya que en un futuro se vera la ganancia llevando a cabo una reducción de gastos en enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

Se recomienda a la institución reforzar los conocimientos de los profesionales de la salud mediante cursos para poder llevar a cabo un enfoque más dirigido hacia estos padecimientos.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allport BS, Johnson S, Aqil A, Labrique AB, Nelson T, Kc A, et al. Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Acad Pediatr.* septiembre de 2018;18(7):746–53.
2. Lydecker JA, O'Brien E, Grilo CM. Parents have both implicit and explicit biases against children with obesity. *J Behav Med.* diciembre de 2018;41(6):784–91.
3. Chen J-L, Guo J, Esquivel JH, Chesla CA. Like Mother, Like Child: The Influences of Maternal Attitudes and Behaviors on Weight-Related Health Behaviors in Their Children. *J Transcult Nurs.* noviembre de 2018;29(6):523–31.
4. Redsell SA, Slater V, Rose J, Olander EK, Matvienko-Sikar K. Barriers and enablers to caregivers' responsive feeding behaviour: A systematic review to inform childhood obesity prevention. *Obes Rev* [Internet]. julio de 2021 [citado el 25 de agosto de 2021];22(7). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13228>
5. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients.* el 31 de mayo de 2018;10(6):706.
6. Taylor CM, Emmett PM. Picky eating in children: causes and consequences. *Proc Nutr Soc.* mayo de 2019;78(02):161–9.
7. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* octubre de 2019;21(10):51.
8. Skinner AC, Payne K, Perrin AJ, Panter AT, Howard JB, Bardone-Cone A, et al. Implicit Weight Bias in Children Age 9 to 11 Years. *Pediatrics.* julio de 2017;140(1):e20163936.
9. Greydanus DE, Agana M, Kamboj MK, Shebrain S, Soares N, Eke R, et al. Pediatric obesity: Current concepts. *Dis Mon.* abril de 2018;64(4):98–156.
10. Aggarwal B, Jain V. Obesity in Children: Definition, Etiology and Approach. *Indian J Pediatr.* junio de 2018;85(6):463–71.
11. Tyson N, Frank M. Childhood and adolescent obesity definitions as related to BMI, evaluation and management options. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* abril de 2018;48:158–64.
12. Otega MTM. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. :56.
13. Angi A, Chiarelli F. Obesity and Diabetes: A Sword of Damocles for Future Generations. *Biomedicine.* el 6 de noviembre de 2020;8(11):478.
14. Nittari G, Scuri S, Petrelli F, Pirillo I, di Luca NM, Grappasonni I. Fighting obesity in children from European World Health Organization member states. Epidemiological data, medical-social aspects, and prevention programs. *Clin Ter.* junio de 2019;170(3):e223–30.
15. Kohut T, Robbins J, Panganiban J. Update on childhood/adolescent obesity and its sequela: *Curr Opin Pediatr.* octubre de 2019;31(5):645–53.

16. Lanigan J. Prevention of overweight and obesity in early life. *Proc Nutr Soc.* agosto de 2018;77(3):247–56.
17. Hemmingsson E. Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Curr Obes Rep.* junio de 2018;7(2):204–9.
18. Laurson KR, Lee JA, Gentile DA, Walsh DA, Eisenmann JC. Concurrent Associations between Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration with Childhood Obesity. *ISRN Obes.* el 9 de marzo de 2014;2014:1–6.
19. Fang K, Mu M, Liu K, He Y. Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev.* septiembre de 2019;45(5):744–53.
20. Valeriani F, Protano C, Marotta D, Liguori G, Romano Spica V, Valerio G, et al. Exergames in Childhood Obesity Treatment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* el 6 de mayo de 2021;18(9):4938.
21. Barquera S, Hernández BL, Rothenberg SJ, Cifuentes E. The obesogenic environment around elementary schools: food and beverage marketing to children in two Mexican cities. *BMC Public Health.* diciembre de 2018;18(1):461.
22. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* agosto de 2018;61(8):977–85.
23. Lind MV, Larnkjær A, Mølgaard C, Michaelsen KF. Breastfeeding, Breast Milk Composition, and Growth Outcomes. En: Colombo J, Koletzko B, Lampl M, editores. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series [Internet].* S. Karger AG; 2018 [citado el 2 de agosto de 2021]. p. 63–77. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/486493>
24. Grote V, Theurich M, Luque V, Gruszfeld D, Verduci E, Xhonneux A, et al. Complementary Feeding, Infant Growth, and Obesity Risk: Timing, Composition, and Mode of Feeding. En: Colombo J, Koletzko B, Lampl M, editores. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series [Internet].* S. Karger AG; 2018 [citado el 25 de agosto de 2021]. p. 93–103. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/486495>
25. Weihrauch S, Schwarz P, Klusmann J-H. Childhood obesity: increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metabolism.* marzo de 2019;92:147–52.
26. Noor SM, Abdul RA, Anis SZ, Nor IM, Jamaluddin M. Parental perception of children's weight status and sociodemographic factors associated with childhood obesity. *Med J Malaysia.* mayo de 2020;75(3):221–5.
27. Vukovic R, Dos Santos TJ, Ybarra M, Atar M. Children With Metabolically Healthy Obesity: A Review. *Front Endocrinol.* el 10 de diciembre de 2019;10:865.
28. Fintini D, Cianfarani S, Cofini M, Andreoletti A, Ubertini GM, Cappa M, et al. The Bones of Children With Obesity. *Front Endocrinol.* el 24 de abril de 2020;11:200.

29. Steele JM, Preminger TJ, Erenberg FG, Wang L, Dell K, Alsaied T, et al. Obesity trends in children, adolescents, and young adults with congenital heart disease. *Congenit Heart Dis.* julio de 2019;14(4):517–24.
30. On behalf of Cardiovascular Prevention Area, Young Cardiologists Area, and Paediatric Cardiology Task Force of the Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), and Heart Care Foundation, Abrignani MG, Lucà F, Favilli S, Benvenuto M, Rao CM, et al. Lifestyles and Cardiovascular Prevention in Childhood and Adolescence. *Pediatr Cardiol.* agosto de 2019;40(6):1113–25.
31. Šileikienė R, Adamonytė K, Ziuteliienė A, Ramanauskienė E, Vaškelytė JJ. Atrial and Ventricular Structural and Functional Alterations in Obese Children. *Medicina (Mex).* el 2 de junio de 2021;57(6):562.
32. Sansone F, Attanasi M, Di Pillo S, Chiarelli F. Asthma and Obesity in Children. *Biomedicines.* el 21 de julio de 2020;8(7):231.
33. Peters U, Dixon AE, Forno E. Obesity and asthma. *J Allergy Clin Immunol.* abril de 2018;141(4):1169–79.
34. Lang JE. Obesity and childhood asthma. *Curr Opin Pulm Med.* enero de 2019;25(1):34–43.
35. Nehus E, Mitsnefes M. Childhood Obesity and the Metabolic Syndrome. *Pediatr Clin North Am.* febrero de 2019;66(1):31–43.
36. SS-025-08_GRR.pdf [Internet]. [citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Sobrepeso%20y%20Obesidad/ni%C3%B1os%20y%20adolescentes/GPC%20UTILIZADAS/SS-025-08_GRR.pdf
37. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes [Internet]. [citado el 30 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>
38. Pérez HA. Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 [citado el 17 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02116/show>
39. Romero PE, González BJ, Soto CR, González SJ, Tánori TJM, Rodríguez FP, et al. Influence of a Physical Exercise Program in the Anxiety and Depression in Children with Obesity. *Int J Environ Res Public Health.* el 28 de junio de 2020;17(13):4655.
40. Molina P, Gálvez P, Stecher MJ, Vizcarra M, Coloma MJ, Schwingel A. Influencias familiares en las prácticas de alimentación materna a niños preescolares de familias vulnerables de la Región Metropolitana de Chile. *Aten Primaria.* noviembre de 2021;53(9):102122.
41. Cárdenas VM, Ortiz RE, Cortés CE, Miranda FE, Guevara MC, Rizo BM. Características maternas e infantiles asociadas a obesidad en lactantes menores de un año de edad del norte de México. *Nutr Hosp.* el 5 de octubre de 2018;35(5):1024.

42. Fornari E, Brusati M, Maffei C. Nutritional Strategies for Childhood Obesity Prevention. *Life*. el 8 de junio de 2021;11(6):532.
43. Rivera DJ. La obesidad en México estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. 2018.
44. OMS | La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado el 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/es/>
45. Haththotuwa RN, Wijeyaratne CN, Senarath U. Worldwide epidemic of obesity. En: *Obesity and Obstetrics* [Internet]. Elsevier; 2020 [citado el 23 de agosto de 2021]. p. 3–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128179215000011>
46. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. ENSANUT. [citado el 29 de julio de 2021]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
47. Cayon A, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 29 de julio de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13798:obesity-trends-by-imperial-college-london-and-who-2017&Itemid=42457&lang=es
48. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *N Engl J Med*. el 4 de octubre de 2018;379(14):1303–12.
49. Campos RN, Alcázar OR, Jacobi ZM, García FR. Prácticas parentales de alimentación, autoeficacia y actitudes maternas con niños/as preescolares sonorenses. *Psicumex*. el 2 de junio de 2021;11(1):1–23.
50. Encina V C, Gallegos L D, Espinoza M P, Arredondo G D, Palacios C K. Comparación de la conducta alimentaria en niños de diferentes establecimientos educacionales y estado nutricional. *Rev Chil Nutr*. junio de 2019;46(3):254–63.
51. García GJ, Reding BA, López AJ. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig En Educ Médica*. octubre de 2013;2(8):217–24.
52. Villadcgut CE. Actitudes maternas y nivel socio económico: un estudio comparativo. *Rev Psicol*. 1986;4(1):37–59.
53. Campos RN, Sotelo Quiñonez TI. Diseño y validación de una escala de actitudes maternas hacia el sobrepeso y la obesidad infantil. *Acta Colomb Psicol*. 2019;22(2):148–62.
54. Osorio E. J, Weisstaub N. G, Castillo D. C. DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES. *Rev Chil Nutr* [Internet]. diciembre de 2002 [citado el 30 de julio de 2021];29(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

55. Traducción y Validación del Children´s Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) | Ciencia y Humanismo en la Salud. [citado el 14 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/136>
56. ASALE R-, RAE. edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
57. ASALE R-, RAE. escolaridad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>
58. ASALE R-, RAE. ocupación | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ocupación>
59. ASALE R-, RAE. estado | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado el 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estado>
60. ¿Qué es Sexo? » Su Definición y Significado [2022] [Internet]. Concepto de - Definición de. [citado el 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/sexo/>
61. Peso corporal. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/peso-corporal>
62. Talla. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/talla>
63. Estado I de S y SS de los T del. ¿Qué es el índice de masa corporal? [Internet]. gob.mx. [citado el 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/es/articulos/que-es-el-indice-de-masa-corporal?idiom=es>
64. 2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf [Internet]. [citado el 22 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
65. helsinki.pdf [Internet]. [citado el 22 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
66. 10._INTL_Informe_Belmont.pdf [Internet]. [citado el 22 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
67. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. :31.
68. Secretaría De Salud. Norma Oficial Mexicana Nom-012-Ssa3-2012, Que Establece Los Criterios Para La Ejecución De Proyectos De Investigación Para La Salud En Seres Humanos. México: secretaria De Salud; 2013 P. 1-11.

69. Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión. Ley General De Protección De Datos Personales En Posesión De Sujetos Obligados. México: Secretaría General; 2017 P. 1-10.

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	FOLIO.....
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN:		
Nombre del estudio:	ACTITUDES MATERNAS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN MADRES CON ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA UMF 92	
Patrocinador:	NO APLICA	
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar número 92, ubicada avenida Central s/n, esquina Santa Prisca, colonia Laderas del Peñón, Ecatepec de Morelos, Estado de México. CP. 55135. teléfono: 5557559422 ext. 51407	
Número de registro:	R-2022-1401-036	
Justificación y objetivo del estudio:	México ocupa los primeros lugares en obesidad infantil, este problema se presenta desde los primeros años de vida 0-5 años, pero el grupo más afectado son de 6 a 11 años. Este aumento de peso puede permanecer hasta la vida adulta y así provocar otras enfermedades como son: enfermedades del corazón, enfermedades del riñón, diabetes mellitus entre otras. Esta investigación nos ayudará a encontrar los factores de riesgo en los niños y así disminuir la posibilidad de padecer las enfermedades crónicas en la vida adulta. Objetivo: Asociar las actitudes maternas con las conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con Escolares de 6 a 11 años de la UMF 92.	
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le pedirá utilizar cubrebocas en todo momento, si no cuenta con uno se le proporcionará un cubrebocas, mantener su sana distancia, se le proporcionará alcohol gel para aseo de manos, se le otorgará pluma de uso personal, en caso de no sabe leer y escribir el formato será leído por el investigador y se auxiliará de un cojín y tinta para que pueda proporcionar su huella digital. se le darán tres cuestionarios, los cuales cuentan con instructivo de llenado, el primero es con datos personales y peso y talla de su hijo(a), segundo cuestionario es de actitudes maternas donde colocará una "X" en el cuadro que mejor represente su opinión y el tercer cuestionario es de conducta alimentaria del niño donde marcará con una "X" la opción que mejor describa el comportamiento de su hijo(a) al comer. En caso de alguna duda esta será resuelta por el investigador de forma inmediata.	
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo, ya que se le realizarán preguntas que pudieran incomodar, del cuestionario Actitudes maternas hacia el sobrepeso y obesidad infantil las preguntas 7,8 y10 pueden generar incomodidad, del cuestionario conductas alimentarias en niños las preguntas que le pueden generar incomodidad son 30 y 31.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted identificará conductas maternas negativas hacia el sobrepeso y obesidad lo que beneficiará a su hijo(a) para prevenir el aumento de peso excesivo, usted reconocerá las conductas en la alimentación que ocasionen el aumento de peso en su hijo(a). Se le darán sugerencias para mejorar el control de peso de su hijo(a). Recibirá información impresa en papel con explicación corta y clara de la obesidad en niños y como evitar presentarla.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Posterior al análisis, los resultados serán entregados de forma individual y confidencial, se le entregará de manera telefónica En caso de ser necesario se enviará con su médico familiar y al servicio de nutrición, asimismo se le invita acudir a los módulos de PREVENIMSS	
Participación o retiro:	Usted puede aceptar o no participar en este estudio y retirarse en el momento que usted lo decida, aunque ya haya firmado el consentimiento bajo información, sin afectar la atención médica por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social.	
Privacidad y confidencialidad:	Todos sus datos personales obtenidos durante el estudio se mantendrán como privados. Se le identificará solamente con número de folio y únicamente el investigador tendrá acceso a esa información.	
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio: <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio <input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Médico Residente de medicina Familiar Yarisbeth García Sánchez. Matricula 96156854. Unidad de Medicina Familiar No. 92, Ciudad Azteca, Ubicada en Av. Carlos Hank González s/n, esquina Santa Prisca. Colonia Laderas del Peñón, Ecatepec de Morelos, Estado de México, C.P. 55130. MAIL: siray86@hotmail.com TEL: 5514785078.	
Colaboradores:	Alma Janet Santiago Sandoval Especialista en Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 92 CD Azteca. Matricula: 98158760 MAIL: dralmito02@yahoo.com.mx TEL: 5528521081.	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma del participante	DRA. YARISBETH GARCIA SANCHEZ _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma	



ANEXO 2. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

Título: Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF 92.

Objetivo: Asociar las actitudes maternas con las conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF 92.

Instrucciones: Lee detenidamente las preguntas del cuestionario y marca con una (x) la respuesta correcta según su situación.

EDAD	Anote con número su edad en total de años cumplidos:
ESCOLARIDAD	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado
OCUPACIÓN	Trabajadora manual/ obrera Comerciante Ama de casa Profesionista Desempleada/jubilada o Pensionada
ESTADO CIVIL	Soltera Casada Unión libre Divorciada/Separada
EDAD DE SU HIJO(A)	
SEXO DE SU HIJO(A)	Niño () Niña ()
PESO DE SU HIJO(A)	
TALLA DE SU HIJO(A)	
NÚMERO TELEFONICO:	
INDICE DE MASA CORPORAL (LLENADO POR EL INVESTIGADOR)	



ANEXO 3. ESCALA "ACTITUDES MATERNAS HACIA EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL"

Título: Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF 92.

Objetivo: Asociar las actitudes maternas con las conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF 92.

Instrucciones: Lee detenidamente las preguntas del cuestionario y marca con una (x) el cuadro que mejor represente su opinión.

FOLIO _____

Table with 6 columns: PREGUNTAS, Totalmente en desacuerdo, desacuerdo, Ni de acuerdo, ni desacuerdo, acuerdo, Totalmente de acuerdo. It contains 9 rows of questions related to maternal attitudes towards childhood obesity.

PUNTAJES:

5 a 47 -> Muy positiva

48 a 51 -> positiva

52 a 54 -> negativo

55 -> muy negativo



ANEXO 4. ESCALA “CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTIL (CEBQ)”

Título: Actitudes maternas y conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF 92.

Objetivo: Asociar las actitudes maternas con las conductas alimentarias hacia el sobrepeso y obesidad infantil en madres con niños de 6 a 11 años de la UMF 92.

Instrucciones: Lee detenidamente las preguntas del cuestionario y marca con una (x) la opción que describa mejor el comportamiento de su hijo(a) al comer.

FOLIO _____

PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	AVECES	FRE CUEN	SIEMPR E
1. Mi hijo/a termina su comida rápidamente.	1	2	3	4	5
2. Mi hijo/a tiene interés en las comidas y los alimentos.	1	2	3	4	5
3. Mi hijo/a rechaza los alimentos que no conoce cuando se le ofrecen por primera vez.	1	2	3	4	5
4. Mi hijo/a disfruta cuando hay una gran variedad de alimentos.	1	2	3	4	5
5. Mi hijo/a come más cuando está preocupado.	1	2	3	4	5
6. Mi hijo/a deja comida en el plato al término del almuerzo y/o la comida.	1	2	3	4	5
7. Mi hijo/a demora más de 30 minutos para terminar un almuerzo o una comida.	1	2	3	4	5
8. Mi hijo/a espera ansiosamente las horas de la comida.	1	2	3	4	5
9. Mi hijo/a come menos cuando está enojado.	1	2	3	4	5
10. Mi hijo/a disfruta comiendo.	1	2	3	4	5
11. Mi hijo/a satisface fácilmente con la comida.	1	2	3	4	5
12. Mi hijo/a está interesado en probar alimentos que no ha probado antes.	1	2	3	4	5
13. Mi hijo/a decide que no le gusta una comida, aún antes de haberla probado.	1	2	3	4	5
14. A mi hijo/a le encanta comer.	1	2	3	4	5

15. Mi hijo/a come más cuando están molesto.	1	2	3	4	5
16. Mi hijo/a está siempre pidiendo algo para beber.	1	2	3	4	5
17. Mi hijo/a come lentamente.	1	2	3	4	5
18. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre tomando algo de beber.	1	2	3	4	5
19. Mi hijo/a está siempre pidiendo comida.	1	2	3	4	5
20. Mi hijo/a come más cuando no tiene nada que hacer (aburrido).	1	2	3	4	5
21. Si fuera por él (ella), mi hijo/a comería todo el tiempo.	1	2	3	4	5
22. A mi hijo/a es difícil de darle gusto con la comida.	1	2	3	4	5
23. Incluso cuando está satisfecho, mi hijo/a está dispuesto a comer su comida favorita.	1	2	3	4	5
24. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría tomando líquidos todo el tiempo.	1	2	3	4	5
25. Mi hijo/a come menos cuando está cansado.	1	2	3	4	5
26. Si se le diera la oportunidad, mi hijo/a estaría siempre comiendo algo.	1	2	3	4	5
27. Mi hijo/a come cada vez más lento durante el transcurso del almuerzo o la comida.	1	2	3	4	5
28. Mi hijo/a disfruta probando nuevos alimentos.	1	2	3	4	5
29. Mi hijo/a está satisfecho antes de terminar su comida.	1	2	3	4	5
30. Mi hijo/a come más cuando está ansioso.	1	2	3	4	5
31. Mi hijo/a come menos cuando está triste.	1	2	3	4	5
32. Si se lo permitiera, mi hijo/a comería en exceso.	1	2	3	4	5
33. Mi hijo/a no puede almorzar o cenar si ha comido algo antes.	1	2	3	4	5
34. Mi hijo/a tiene un gran apetito.	1	2	3	4	5
35. Mi hijo/a come más cuando está contento/a.	1	2	3	4	5

INTERPRETACIÓN

	FACTOR	ÍTEM
CONDUCTAS POSITIVAS	Disfrute de los alimentos	2,8,10 y 14
	Respuesta frente a los alimentos	19,21,23,26 y 32
	Sobrealimentación emocional	5,15,20 y 30
CONDUCTAS NEGATIVAS	Deseo de beber	16,18 y 24
	Respuesta de saciedad	6,11,29,33 y 34
	Lentitud para comer	1,7,17 y 27
	Subalimentación emocional	9,25,31 y 35
	Exigencia frente a los alimentos	3.4.12.13.22 y 28

Forma de calificación: los puntajes estandarizados de cada dimensión se calculan como la suma de las preguntas de cada dimensión dividida por el número de preguntas.

ANEXO 5.



¡RECUERDE!

Usted puede ayudar a combatir la obesidad infantil siguiendo las recomendaciones mencionadas.

Acuda a consulta ante la sospecha de sobrepeso u obesidad de su hijo.

En la unidad se cuenta con el servicio de nutrición, en conjunto con su médico familiar se le podrá apoyar.

R1 Medicina Familiar Yarisbeth García Sánchez
UMF 92 del IMSS

Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes. <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>

Pérez HA, Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutr Hosp*
<https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02116/show>



OBESIDAD INFANTIL

Una epidemia que afecta a uno de cada tres adolescentes y niños. Combatir y prevenir es un reto urgente.



El sobrepeso y Obesidad Infantil son un grave problema de salud pública a nivel mundial, Siendo México el ocupante de los primeros lugares a nivel mundial, este problema se presenta desde los primeros años de vida, es decir, 0 a 5 años, 1 de cada 20 niños menores de 5 años presenta sobrepeso u obesidad; conforme aumenta la edad aumenta el riesgo de padecer sobrepeso u Obesidad. Niños de 6 a 11 años prevalecen con estos padecimientos.

¿QUÉ GENERA EL SOBREPESO U OBESIDAD EN UN NIÑO?

Las causas que genera sobrepeso u obesidad infantil es la alimentación, el consumo de azúcares, alimentos procesados, consumo de altos niveles de grasa trans y sal, los cuales son fáciles de conseguir y tienen una amplia difusión a nivel de cadena nacional. Otro factor que se suma es la inactividad física, las horas que se permanece tras pantalla hoy en día el sedentarismo se ha incrementado y las horas tras pantalla han aumentado secundario a la contingencia de salud que se vive en nuestro país y a nivel mundial



¿CÓMO PREVENIR EL SOBREPESO U OBESIDAD?

- Formación de hábitos de alimentación
- Actividad física durante la adolescencia e infancia
- Lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses y continuada a los dos años de vida o más
- Introducción adecuada de alimentos complementarios, etapa preescolar y etapa escolar y adolescencia.
- Disminuir las horas tras pantalla.
- Dormir entre 8.5 a 10.5 horas diarias.

La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.)

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

