



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF No. 1 AGUASCALIENTES

**“ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA
CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD”**

TESIS QUE PRESENTA:

DRA. TANIA LIZETH ALANÍZ GARCÍA

PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR.

ASESOR:

DR. DANIEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ AVIÑA

AGUASCALIENTES, AGS, FEBRERO 2022

AGUASCALIENTES, AGS, NOVIEMBRE DE 2021

DATOS DE LOS INVESTIGADORES.

Investigador principal: Daniel Alejandro Hernández Aviña.

Adscripción: Coordinación de Clínica Médica del Hospital General de Zona 2.

Lugar de trabajo: Hospital General de Zona 2, Delegación Aguascalientes.

Domicilio: Avenida de los Conos 102, Fraccionamiento Ojocaliente I.

Teléfono trabajo: 449 970 36 60.

Correo electrónico: havdal_tepatiani@hotmail.com

Teléfono particular: 449 9116790.

Investigador asociado: Tania Lizeth Alaníz García.

Subsede: Hospital General de Zona 1.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 1.

Domicilio: José María Chávez, No. 1202, Colonia Lindavista, C.P. 20270, Aguascalientes.

Teléfono: 449 9139050.

Correo electrónico: lizynn timer@hotmail.com

Teléfono celular: 55 28972959.



**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

TANIA LIZETH ALANÍZ GARCÍA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**ESTILOS DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN
LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.**

Número de Registro: **R- 2020-101-033** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Tania Lizeth Alaníz García acudió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante al comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:



**DR. DANIEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ AVIÑA
ASESOR**



AGUASCALIENTES, AGS. A FEBRERO 2022

DRA. PAULINA ANDRADE LOZANO
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN
LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.**

DRA. TANIA LIZETH ALANÍZ GARCÍA

Número de Registro: R- 2020-101-033 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Tania Lizeth Alaníz García asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:



DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 27/01/22

NOMBRE: TANIA LIZETH ALANÍZ GARCÍA ID 268861

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la Investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
El egresado cumple con lo siguiente:
SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dra. Paulina Andrade Lozano

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 195C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar al seguimiento de los alumnos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 22 de diciembre de 2020

Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD" 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2020-101-033

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. Sergio Ivan Sanchez Estrada
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

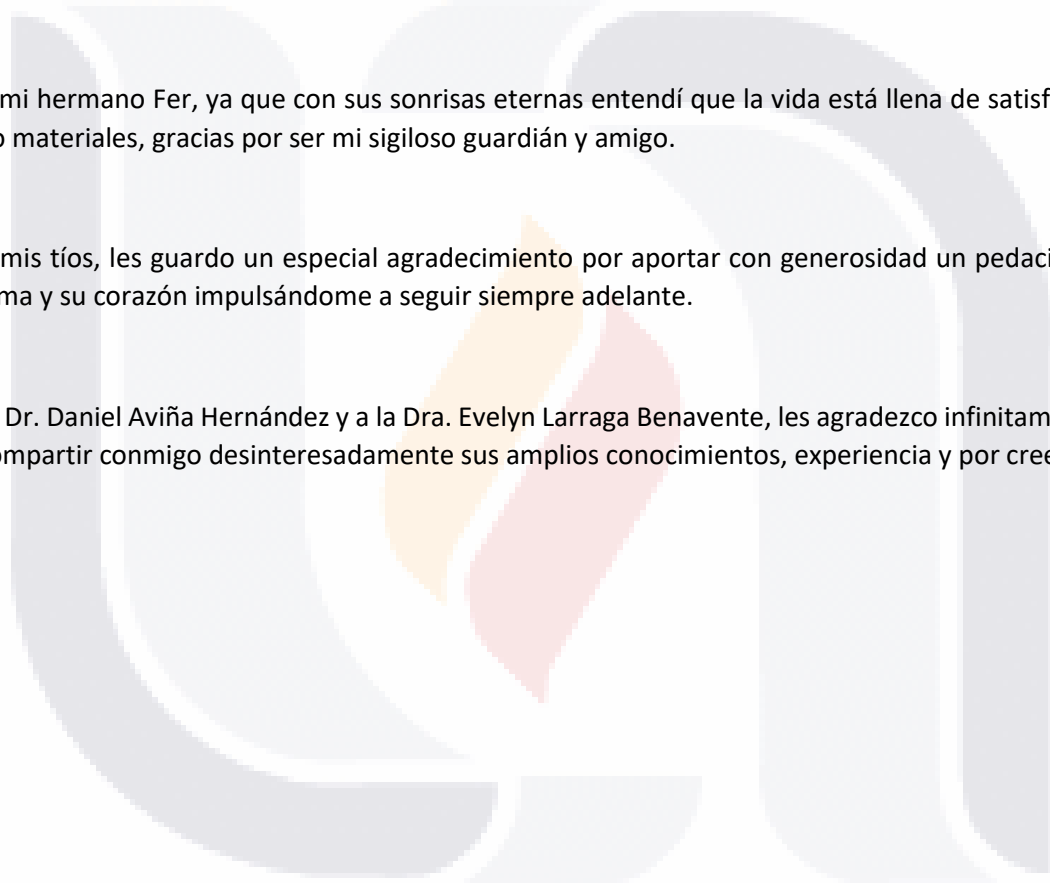
Agradezco a Dios por permitirme alcanzar y disfrutar una de las etapas más increíbles de mi vida.

A mis padres, los verdaderos pilares que sostuvieron con fuerza mi mirada hacia el horizonte, que secaron mis lágrimas, que con su cariño y apoyo me mantuvieron firme las veces que pude tambalearme y que con su guía y ejemplo alimentaron mi coraje. Les estoy eternamente agradecida por hacer de mi lo que soy y lo que seré mañana.

A mi hermano Fer, ya que con sus sonrisas eternas entendí que la vida está llena de satisfacciones no materiales, gracias por ser mi sigiloso guardián y amigo.

A mis tíos, les guardo un especial agradecimiento por aportar con generosidad un pedacito de su alma y su corazón impulsándome a seguir siempre adelante.

Al Dr. Daniel Aviña Hernández y a la Dra. Evelyn Larraga Benavente, les agradezco infinitamente por compartir conmigo desinteresadamente sus amplios conocimientos, experiencia y por creer en mí.



1. INDICE GENERAL

1. INDICE GENERAL 1

2. INDICE DE TABLAS 5

3. INDICE DE GRÁFICAS 6

4. RESUMEN. 7

5. ABSTRACT 8

6. INTRODUCCIÓN..... 9

7. MARCO TEÒRICO..... 10

7.1. Antecedentes Científicos. 10

7.2. Modelos y Teorías que Fundamentan las Variables. 22

7.2.1. Obesidad Infantil 22

7.2.2. Modelo Ecológico aplicado a la Obesidad Infantil. 23

7.2.3. Estilo de vida. 25

7.2.4. Calidad de vida Relacionada con la Salud Infantil 26

7.2.5. Teoría psicométrica en los Instrumentos de medición empleados 28

7.3. Instrumento para Medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud (KIDSCREEN-52) ... 29

7.3.1. Validez de constructo..... 29

7.3.2. Validez aparente 30

7.3.3. Confiabilidad y validez..... 31

7.3.4. Análisis de factorial confirmatorio 31

7.3.5. Validez de contenido..... 31

7.3.6. Validez de criterio 32

7.3.7. Dimensiones..... 32

7.4. Instrumento para Medir el Estilo de vida (FANTÁSTICO)..... 33

7.4.1. Validez de constructo..... 33

7.4.2. Validez aparente 34

7.4.3. Validez de contenido..... 34

7.4.4. Validez de criterio 34

7.4.5. Confiabilidad y Validez 34

7.4.6. Análisis factorial 35

7.4.7. Dimensiones:..... 35

8. JUSTIFICACIÓN 36

9.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
9.1.	Pregunta de Investigación.....	39
10.	OBJETIVOS.....	40
10.1.	Objetivo General:.....	40
10.2.	Objetivos Específicos.....	40
11.	HIPÓTESIS.....	42
11.1.	Hipótesis verdadera:.....	42
11.2.	Hipótesis nula:.....	42
11.3.	Hipótesis negativa:.....	42
12.	MATERIAL Y METODOS.....	43
12.1.	Características del lugar donde se realizará el estudio:.....	43
12.2.	Tipo de Investigación.....	43
12.3.	Tipo de estudio.....	43
12.3.1.	Intervención del fenómeno.....	43
12.3.2.	Interpretación del fenómeno.....	43
12.3.3.	Evolución del fenómeno.....	43
12.3.4.	Ubicación en el tiempo.....	43
12.4.	Descripción de Variables y Operacionalización de las Variables.....	44
12.5.	Población de estudio.....	53
12.5.1.	Universo de trabajo 1:.....	53
12.5.2.	Universo de trabajo 2:.....	53
12.5.3.	Población de estudio 1:.....	53
12.5.4.	Población de estudio 2:.....	53
12.5.5.	Unidad de análisis 1:.....	53
12.5.6.	Unidad de análisis 2:.....	53
12.6.	Muestra.....	53
12.6.1.	Tipo de muestreo:.....	53
12.6.2.	Criterios de inclusión 1:.....	53
12.6.3.	Criterios de inclusión 2:.....	53
12.6.4.	Criterios de Exclusión 1:.....	54
12.6.5.	Criterios de Exclusión 2:.....	54
12.6.6.	Criterios de eliminación 1:.....	54

12.6.7.	Criterios de eliminación 2:	54
12.6.8.	Tamaño de la muestra: 372.....	54
12.7.	Descripción general del estudio.....	55
12.8.	Instrumento de medición:.....	55
12.9.	Logística.....	56
12.10.	Técnica de recolección de datos	57
12.11.	Análisis estadístico	57
12.12.	ASPECTOS ETICOS.....	57
12.13.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	58
12.14.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	60
13.	RESULTADOS	61
13.1.	Socio demográficos de los niños	61
13.2.	Actividad física	65
13.3.	Sentimientos	65
13.4	Estado de animo.....	66
13.5.	Sobre ti.....	66
13.6.	Tiempo libre	67
13.7.	Vida familiar	67
13.8.	Asuntos económicos	68
13.9.	Tus amigos.....	68
13.10.	Colegio.....	69
13.11.	Clima escolar	69
13.12.	Socio demográficos de los padres de familia	70
13.13.	Estaturas de los padres de familia	71
13.14.	Peso de los padres de familia.....	72
13.15.	Índice de masa corporal	72
13.16.	Ocupación de los padres de familia	73
13.17.	Escolaridad de los padres de familia	74
13.18.	Percepción de los padres de familia hacia sus hijos	74
13.19.	Familia y amigos.....	75
13.20.	Actividad física	75
13.21.	Tabaquismo.....	77

13.22.	Alcohol.....	77
13.23.	Sueño y estrés	78
13.24.	Tipo de personalidad.....	79
13.25.	Introspección.....	80
13.26.	Conducción Trabajo	81
13.27.	Otras drogas.....	81
13.28.	Análisis de correlación	83
14.	DISCUSIÓN.....	84
15.	CONCLUSIONES	86
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
17.	ANEXOS	91
17.1.	Anexo A INSTRUMENTO KIDSCREEN-52	91
17.2.	ANEXO B. INSTRUMENTO FANTASTICO	116
17.3.	Anexo C. Tabla de IMC para niños (OMS)	124
17.4.	Anexo D. Tabla IMC para niñas (OMS).....	125
17.5	ANEXO F. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	126
17.6.	ANEXO G. CARTA DE ASENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD (8 a 17 AÑOS)	130
17.7.	ANEXO H. CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	132

2. INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución de la edad en niños.....	61
Tabla 2.	Escolaridad	62
Tabla 3.	Genero.....	62
Tabla 4.	Peso	63
Tabla 5.	talla.....	63
Tabla 6.	Frecuencia De Consumo De Bebidas Gaseosas.....	64
Tabla 7.	Consumo De Comida Chatarra Y Azucares.....	64
Tabla 8.	Actividad Física Y Salud	65
Tabla 9.	Tus Sentimientos.....	65
Tabla 10.	Estado De Ánimo.....	66
Tabla 11.	Sobre Ti.	66
Tabla 12.	Tu Tiempo Libre.....	67
Tabla 13.	Tu Vida Familiar.....	67
Tabla 14.	Asuntos Económicos.	68
Tabla 15.	Tus Amigos(As).....	68
Tabla 16.	El Colegio.....	69
Tabla 17.	Clima Escolar.	69
Tabla 18.	Edad de los padres de familia	70
Tabla 19.	Parentesco.....	71
Tabla 20.	Estaturas de los padres de familia	71
Tabla 21.	Peso de los padres de familia.....	72
Tabla 22.	Índice de masa corporal.....	72
Tabla 23.	Ocupación de los padres	73
Tabla 24.	Escolaridad de los padres de familia.....	74
Tabla 25.	Percepción de los padres hacia sus hijos	74
Tabla 26.	Familia y amigos, Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi	75
Tabla 27.	Familia y amigos. Yo doy y recibo cariño	75
Tabla 28.	Yo realizo actividad física (caminar. subir escaleras. trabajo de la casa. hacer el jardín)	75
Tabla 29.	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr. andar en bicicleta o caminar)	76
Tabla 30.	Mi alimentación es balanceada.....	76

Tabla 31.	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa	76
Tabla 32.	Estoy pasado a mi peso ideal en	76
Tabla 33.	Tabaco. Yo fumo cigarrillos	77
Tabla 34.	Generalmente fumo cigarrillos por día	77
Tabla 35.	Alcohol. Mi número promedio de tragos por semana es de	77
Tabla 36.	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	78
Tabla 37.	Manejo el auto después de beber alcohol.....	78
Tabla 38.	Duermo bien y me siento descansado (a).....	78
Tabla 39.	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	79
Tabla 40.	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre	79
Tabla 41.	Parece que ando acelerado (a)	79
Tabla 42.	Me siento enojado o agresivo (a).....	79
Tabla 43.	Yo soy un pensador positivo u optimista	80
Tabla 44.	Yo me siento tenso(a) o apretado(a)	80
Tabla 45.	Yo me siento deprimido(a) o triste	80
Tabla 46.	Uso siempre el cinturón de seguridad	81
Tabla 47.	Yo me siento satisfecho(a) con mi trabajo o mis actividades	81
Tabla 48.	Uso drogas como marihuana. cocaína o pasta base.....	81
Tabla 49.	Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta 82	
Tabla 50.	Bebo café. té o bebidas de cola que tienen cafeína	82
Tabla 51.	Correlación entre estilo de vida de los padres y calidad de vida de los hijos	83

3. INDICE DE GRÁFICAS

1.	Distribución de la edad en niños.....	61
2.	Genero.....	62
3.	Edad de los padres de familia	70
4.	Parentesco.....	71
5.	Ocupación de los padres de familia	73
6.	Gráfica de dispersión entre puntajes globales de estilo de vida y calidad de vida.....	83

4. RESUMEN.

Antecedentes: La calidad de vida y los estilos de vida son conceptos asociados; se entiende que la mejora en la calidad de vida es posible mediante la adopción de un estilo de vida saludable. Así mismo, la calidad de vida ha sido analizada por varios autores, como sinónimo de salud y por otros autores es abordada como un concepto más extenso en el que las condiciones de salud son sólo uno de los aspectos a ser valorados. **Objetivo general:** se midió la asociación del estilo de vida de los padres con la calidad de vida de los niños en edad de 8-12 años con obesidad y sobrepeso. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal correlacional con una muestra pareada de 175 padres y niños con sobrepeso u obesidad. Aplicándose una encuesta para medir el estilo de vida saludable de los padres de niños con obesidad y sobrepeso, en edad escolar, para este fin se utilizó el instrumento FANTÁSTICO para los padres y el instrumento KIDSCREEN 52 para medir la calidad de vida de los niños en edad escolar, para el análisis de datos se utilizó el Programa para obtener estadísticas descriptivas de tendencia central, dispersión y frecuencias absolutas y relativas. Para medir la asociación se realizó la prueba de correlación de Pearson. **Resultados:** se entrevistaron 175 niños con obesidad, los cuales en su mayoría tienen de 8 a 10 años (84.6%), del género masculino (61.7%); con un peso promedio de 38.19 kg y una talla de 88.65 cm. En cuanto a los 175 adultos entrevistados, en su mayoría tienen entre 31 y 36 años; el 93% de las encuestas se aplicaron a las madres y en su mayoría tienen sobrepeso (52%). La correlación entre el estilo de vida de los padres y la calidad de vida de los hijos fue de $r=0.14$. **Conclusiones:** Se obtuvo una correlación muy baja entre los puntajes globales de las escalas de calidad de vida de los niños con sobrepeso u obesidad y la escala de estilo de vida de los padres.

Palabras clave: Obesidad, Sobrepeso, Infantil, calidad de vida, estilo de vida.

5. ABSTRACT

Background: Quality of life and lifestyles correspond to associated concepts; We understand that improving the quality of life is possible by adopting a healthy lifestyle. Likewise, quality of life is approached by many authors as a synonym for health and by other authors as a broader concept in which health conditions would be only one of the aspects to be considered. **General objective:** To measure the association of the parents' lifestyle with the quality of life of children aged 8-12 years with obesity and overweight. **Material and Methods:** This is a correlational cross-sectional study with a paired sample of 175 parents and children with overweight or obesity. A survey was applied to measure the healthy lifestyle of parents of school-age children with obesity and overweight, using the FANTÀSTICO instrument for parents and the instrument, for data analysis the STATA Software Program will be used where they will obtain descriptive statistics of central tendency, dispersion and absolute and relative frequencies. Pearson's correlation test was used to measure the association. **Results:** 175 obese children were interviewed, most of whom are between 8 and 10 years old (84.6%), male (61.7%); with an average weight of 38.19 kg and a size of 88.65 cm. With respect to the 175 adults interviewed, the majority are between 31 and 36 years old; 93% of the surveys were applied to mothers and the majority are overweight (52%). The correlation between the parents' lifestyle and the children's quality of life was $r = 0.14$. **Conclusions:** A very low correlation was obtained between the global scores of the quality of life scales of overweight or obese children and the parents' lifestyle scale.

Keywords: Obesity, Overweight, Childhood, quality of life, lifestyle.

6. INTRODUCCIÓN.

La obesidad infantil es considerada como una epidemia mundial, convirtiéndose en un gran desafío para la salud pública del siglo XXI .(1)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2018, refiere que en 2012 la proporción de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años era de 34.4% y para el 2018 presenta un incremento del 35.6%, en la población de 5 a 11 años.(2)

La etiología de la obesidad es multifactorial y compleja, como repercusión de una interacción entre factores biológicos, genéticos y ambientales que afectan la salud física (3) y mental.(4)

El exceso de peso en escolares está relacionado con el comportamiento individual, familiar, con los cambios socioculturales y económicos, dentro de los factores que se han visto involucrados con los cambios sociales y laborales de la vida moderna las familias están acostumbradas a pasar tiempo en ambientes cerrados, trasladarse en vehículos, consumir alimentos hipercalóricos estimulados por la publicidad y a realizar poca actividad física, lo que desencadena estilos de vida inadecuados. (5)

La calidad de vida se considera un concepto multidimensional que abarca tres dimensiones que son: lo físico, lo psicológico y lo social, las cuales son influenciadas por las experiencias las creencias o las expectativas de un individuo y pueden definirse como percepciones de la salud.(26) en cuanto a la prevalencia del sobrepeso y obesidad se ha documentado que aumenta con la edad, considerándose un factor de riesgo para varias enfermedades como dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras, lo cual también repercute en la disminución de la calidad de vida generando un aumento de gastos para los servicios de salud.(5) (7) (9)

Así mismo, se ha documentado que la población joven con exceso de peso presenta mayor riesgo de tener baja autoestima, lo cual repercute en el deterioro de la calidad de vida y en su funcionamiento social, generando de esta manera mayores niveles de depresión y ansiedad (9)

7. MARCO TEÒRICO.

7.1. Antecedentes Científicos.

Padilla; et. al; (2011). Realizaron el siguiente estudio transversal “Prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor predictivo-preventivo en escolares de 6 a 11 años de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina”. En este estudio describen que el exceso de peso en los niños es debido a su asociación la hipertensión arterial, las alteraciones en los niveles de insulina y con el aumento de lípidos en sangre. Considerando que el diagnóstico nutricional en los niños se basa en el índice de masa corporal (IMC). El subgrupo de expertos de la OMS International Obesity Task Force (IOTF), considera al índice de masa corporal como medida estándar para la comparación y determinación de prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en distintas poblaciones del mundo. Por otra parte, plantea que el exceso de peso en la edad escolar está asociado a procesos multifactoriales de comportamiento familiar, individual, transformaciones socioculturales y a transformaciones económicas. En cuanto a los argumentos que buscan explicar sus causas van desde antecedentes familiares de obesidad, actividad física leve, peso al nacer >3.500g, malos hábitos alimentarios por consumo de productos de alta densidad energética, promovidos por la publicidad, a la transición nutricional con los cambios sociolaborales de la vida moderna que condicionan las actitudes y los consumos de las familias. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia del sobrepeso, obesidad y determinar los factores con valor preventivo en escolares de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. Para este fin aplicaron un muestreo probabilístico mixto, se estudiaron 1,645 escolares de 6 a 11 años los cuales fueron entrevistados con sus padres. El diagnóstico nutricional se hizo con el índice de masa corporal siguiendo los criterios del International Obesity Task Force. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad encontradas fueron altas: 25,6% (IC95%: 23,5; 27,7) y 13,8% (IC95%) respectivamente, semejantes a resultados nacionales y superiores a otros estudios provinciales y latinoamericanos. El modelo final incluye: tener un hermano o ninguno, alto consumo de comidas rápidas y alto consumo de gaseosas. Podría ser de utilidad tener en cuenta estas características, que no explican que los escolares desarrollen o no exceso de peso, sino que reflejan la verdadera causa y por ello nos permiten predecir y partir de la premisa de su detección como

prevención. Así mismo refieren que en la ciudad donde fue realizado el estudio (Río Gallegos), el clima esta caracterizado por vientos constantes y fríos explica que las familias estén habituadas a pasar el tiempo en ambientes cerrados y a trasladarse en vehículos, condicionando sus hábitos alimentarios y de actividad física, agravados por un contexto cotidiano atareado lo que reduce los horarios disponibles para la vida en familia, la preparación de las comidas, el juego, etc. (5)

Cunha M.; et. Al; (2013). Realizaron la siguiente investigación, “El patrimonio genético como factor de riesgo que permite la obesidad infantil.” El cual refiere que hoy en día, la obesidad materna es considerada un predictor de obesidad en los descendientes, no siendo bien dilucidado si esa influencia proviene de la interacción entre facilitadores del contexto familiar y genes. Los objetivos son: 1) clasificar el estado nutricional y el riesgo metabólico de los padres 2) Determinar la prevalencia del sobrepeso infantil; s; 3) Analizar el efecto del riesgo metabólico familiar en la expresión de la obesidad en el niño. Para este fin realizaron un estudio descriptivo compuesto por 1,424 niños, con edad promedio de 4.58 años y sus madres, con edad promedio de 34.47 años, que viven en varias partes de Portugal. Las medidas antropométricas de los niños se evaluaron y clasificaron según el NCHS (CDC, 2000) y de los progenitores según las orientaciones de la OMS (2000) y Portugal, DGS (2005). En cuanto a la demografía social los datos se obtuvieron al completar la encuesta de frecuencia alimentaria adaptado de Rito (2007). Obteniendo los siguientes resultados: El sobrepeso afectó al 34,3% de los niños (incluido el 17,4% de obesidad), siendo los valores más altos en los niños (36,8%) y en los niños de 5 años (39,5). En el 41.9% de los padres se observó (12.1% de obesidad), siendo mayor en madres con baja escolaridad, que viven en área rural y con escasos recursos. La probabilidad de que el niño tenga sobrepeso fue 1.4 veces mayor cuando las madres presentaban sobrepeso. Así mismo en este estudio se revelaron otros factores habilitadores, como un mayor peso al nacer y al exceso de peso por arriba de lo recomendado durante el embarazo. Finalmente concluyeron que aceptan la existencia de factores habilitadores de los marcadores maternos e infantiles en el desarrollo del sobrepeso en el niño, por lo que consideran que la prevención de la obesidad infantil debe abarcar no solo la genética y la dimensión ambiental. (41)

Nascimento, Melissa María Romero; et. Al; (2016). Realizaron el siguiente estudio “Parent’s perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight” esta investigación tiene como objetivo evaluar la percepción de los padres o cuidadores sobre la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) de los adolescentes y niños con obesidad y sobrepeso, así como los posibles factores asociados con esta percepción. Para lo que realizaron un estudio transversal en el que participaron 297 cuidadores de adolescentes y niños con peso normal (no. 170) y con sobrepeso u obesidad (no. 127), procedentes de escuelas públicas y privadas del municipio de estudio. Las puntuaciones de HRQOL obtenidas a través del Cuestionario de Salud Infantil (Formulario 50 para Padres, CHQ-PF50) se compararon con el estado nutricional y el sexo de los niños y adolescentes. Se utilizó un análisis de regresión múltiple para determinar el valor predictivo de las variables estudiadas para la variación en las puntuaciones de HRQOL. Se obtuvieron los siguientes resultados: Los padres de adolescentes y niños que tienen con sobrepeso y obesidad atribuyeron puntuaciones más bajas de HRQOL a sus hijos en los siguientes dominios: funcionamiento físico ($p < 0,01$; d a 0,49), en la autoestima ($p < 0,01$; d a 0,38), el impacto paterno-emocional ($p < 0,05$; d a 0,29), la cohesión familiar ($p < 0,05$; d a 0,26), la puntuación de resumen físico ($p < 0,05$; d a 0,29) y la puntuación de resumen psicosocial ($p < 0,05$; d a 0,25). En los modelos de regresión múltiple, las variables con la mayor contribución a la variación en las puntuaciones de HRQOL fueron: en el dominio de funcionamiento físico, el tiempo de impacto parental (a 0,23; $p = 0,05$); autoestima, estado nutricional (a -0,18; p a 0,01); impacto emocional en los padres, impacto en el tiempo de los padres (0,31 euros; $p < 0,05$); y en la cohesión familiar, con un comportamiento global (0,30; $p < 0,05$). Finalmente concluyeron lo siguiente: observaron un impacto negativo en la calidad de vida de niños y adolescentes con obesidad y sobrepeso en los aspectos psicosociales, así como el aspecto físico. El estado nutricional fue la variable con mayor contribución para la evaluación de la autoestima de niños y adolescentes en este estudio. (47)

Rodríguez Barrera, Juan Carlos; Bastidas, Myriam; et. Al; (2016). Realizaron la siguiente investigación “Health Related-quality of Life in Schoolchildren with Obesity and Overweight in Medellín, Colombia” en donde los investigadores refieren que el exceso de peso a temprana edad afecta la salud física y mental de los niños, repercutiendo en su calidad de vida. En este estudio se plantea el siguiente objetivo: evaluar la calidad de vida

relacionada con salud (CVRS) en escolares con sobrepeso u obesidad y sin obesidad y sobrepeso de una institución educativa de Medellín (Colombia). Para este fin se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo-comparativo. La muestra fue probabilística con 679 escolares participantes de ambos sexos, con edades entre los 10 y 14 años. El instrumento usado para determinar el estado nutricional fue el ANTHRO-PLUS y para medir CVRS se utilizó el KIDSCREEN-27. Obteniendo los siguientes resultados: del total de participantes, 372 (54.79 %) fueron hombres y 307 (45.21 %) mujeres, el 24 % de los participantes tenían exceso de peso, 19.9 % de ellos con sobrepeso y el 4.1 % con obesidad. se encontraron diferencias en la percepción de la CVRS de acuerdo con la edad: la mejor percepción de la CVRS en todas las dimensiones la tienen los escolares más pequeños, comparados con los mayores ($p>0.05$), exceptuando la que hace referencia al acoso escolar, aún en aquellos que tienen obesidad o sobrepeso. También hubo algunas diferencias por sexo en donde, las mujeres mayores con sobrepeso u obesidad tuvieron una percepción de la CVRS significativamente peor comparadas con las más pequeñas. Entre los hombres con sobrepeso u obesidad, no se encontraron diferencias en ninguna de las dimensiones de la CVRS, excepto en la que mide la presencia de acoso escolar. Especialmente, en las mujeres la percepción de la actividad física y salud fueron las dimensiones más afectadas, mientras que la aceptación social lo fue para los hombres. Probablemente, debido a que ellas están marginadas de las acciones que implican el uso de la fuerza, choque y contacto, por el contrario, sí son importantes para los hombres, expresando entre otros elementos, fuente de virilidad. En relación con la CVRS, los escolares con obesidad y sobrepeso se perciben con más problemas de actividad física y salud (AF), menos aceptación social (AS), así como peor estado de ánimo. Para los hombres, el exceso de peso afecta las posibilidades de realizar la misma actividad física que sus pares, convirtiéndose fácilmente en objeto de burla e intimidación. Finalmente llegaron a la conclusión que la percepción de CVRS de los niños, está afectada por el sexo, la edad y los condicionantes culturales alrededor de la construcción de la imagen corporal. (31)

Pedro delgado Flooty; et. al; (2018). Realizaron la siguiente investigación “Childhood obesity and its association with the feeling of unhappiness and low levels of self-esteem in children of public schools”, este estudio refiere que los niños con aumento de peso corren más riesgo de sufrir alteraciones psicosociales; planteando el siguiente objetivo: que es relacionar el sobrepeso y obesidad con los niveles de felicidad y autoestima en niños en

edad escolar de centros educativos públicos. Mediante un estudio transversal descriptivo en donde participaron 364 escolares (180 niños y 184 niñas) de entre once y 13 años ($12,44 \pm 1,14$ años). Se realizaron mediciones antropométricas evaluando también los niveles de autoestima y felicidad a través de la prueba de Autoestima Escolar (TAE). Obteniendo los siguientes resultados: la autoestima escolar fue significativamente mayor en los niños ($p < 0,001$). El 55,49% ($n = 204$) de los escolares evaluados presentó exceso de peso. Los niños con sobrepeso y obesidad en edad escolar presentaron bajo niveles de autoestima en comparación con los que tenían normopeso ($p = 0,032$); además, 43 escolares presentaron muy baja autoestima, existiendo relación entre los niveles de muy baja y baja autoestima ($n = 119$) y la condición de sobrepeso y obesidad ($p = 0,033$). En relación con la pregunta "¿soy una persona feliz?", una mayor proporción de escolares respondió positivamente ($n = 296$). La respuesta negativa a la pregunta se asoció con la presencia de exceso de peso ($p = 0,042$). Finalmente concluyeron que el sobrepeso y la obesidad se relacionaron con bajos niveles de autoestima y de felicidad en los escolares. Siendo estos resultados alarmantes ya que la autoestima es la consideración que uno tiene de sí mismo y la felicidad es un índice subjetivo del bienestar personal siendo este un tema que concierne tanto al sistema educativo y a las familias. (6)

Halasi, Szabolcs; Lepes, Josip; Dordic, Visnja; (2018). Realizaron la siguiente investigación "Relationship between obesity and health-related quality of life in children aged 7-8 years". Este estudio hace referencia a que el gran aumento en cuanto a la prevalencia de la obesidad en los países en desarrollo y desarrollados se ha convertido en un importante problema de salud. En consecuencia, cada vez se reconoce más la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) y la obesidad en la población pediátrica. El objetivo de esta investigación es: explorar la relación entre HRQOL y diferentes indicadores de obesidad en niños de 7 a 8 años. Para este fin participaron 182 niños en total (edad media 7,71 (0,29) años, 48,91% niñas). Para evaluar la obesidad, se utilizó un analizador InBody 230 para calcular el índice de masa corporal (IMC) y el porcentaje de grasa corporal (BFP). La versión proxy del cuestionario KIDSCREEN-27 se utilizó para evaluar HRQOL. Obteniendo los siguientes resultados entre los niños, el 17.2% tenía sobrepeso y el 4.3% eran obesos según el IMC, mientras que en términos de porcentaje de grasa corporal (BFP), los porcentajes correspondientes fueron del 12.9 y del 9.7%, respectivamente. Entre las niñas, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad fue del 11.2 y del 9.0% en el IMC y del

10.1 y del 7.9% en términos de PPB, respectivamente. El análisis del porcentaje de grasa corporal mostró una puntuación significativamente más alta en los niños de peso normal que en los niños obesos en los dominios de Apoyo Social y Pares (KW H-test 10.472, p - 0.03), mientras que, en las niñas, no hubo diferencias significativas entre las categorías de peso y las dimensiones HRQOL. Finalmente, con esta investigación se llegó a la siguiente conclusión: la obesidad de los 7-8 años podría afectar negativamente algunos dominios de calidad de vida; en particular, los chicos obesos pueden tener bajo apoyo social y funcionamiento personal.(44)

Ha, Nguyen Thanh; Trang, Do Thi Hanh; et. Al; (2018). Realizaron la siguiente investigación "Is obesity associated with decreased health-related quality of life in school-age children? - Results from a survey in Vietnam". Estos autores hacen referencia a que el sobrepeso y la obesidad tienen efectos a corto y largo plazo en la salud física y mental de los niños. Actualmente estas condiciones tienen tendencia a aumentar entre los niños de la escuela vietnamita. Este estudio tiene como objetivo: evaluar la calidad de vida entre los niños de 8-10 años en Vietnam. Para este fin, se realizó un estudio transversal con una muestra de 264 niños entre 8 a 10 años (incluidos 88 niños obesos y 176 de peso normal) en dos escuelas primarias de Hanoi, Vietnam, en 2018 y sus madres o padres participaron en este estudio. La versión vietnamita del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL) con 4.0 escalas de puntuación genéricas se utilizaron para recopilar información de los niños y sus padres sobre la calidad de vida de los niños. Se calcularon la media y la desviación estándar de las puntuaciones de PedsQL. La prueba t independiente se utilizó para comparar las puntuaciones medias entre los niños de peso normal y los obesos. Obteniendo los siguientes resultados: los niños obesos tenían puntuaciones significativamente más bajas para las escalas totales en comparación con los niños de peso normal (80,7 frente a 84,0; p <0,05 para los informes de proxy y 77,6 contra 84,6; p <0,001 para los informes de uno mismo). Las puntuaciones totales de escala y subescala reportadas por los padres fueron más bajas en comparación con las reportadas por los niños. Además, el 79% de los niños con peso normal notificaron tener puntuaciones totales de PedsQL en el cuartil más alto (75%), en comparación con el 56,8% de los niños obesos (p a 0,01). Del mismo modo, estas proporciones para los informes de proxy primario fueron del 79,5% y del 65,9%, respectivamente (p <0,05). Las puntuaciones emocionales fueron encontradas las más bajas entre las cuatro subescalas (71,6 para los informes de

autoinformes secundarios y 73,1 para los informes de los padres y los miembros). Finalmente concluyeron que, las intervenciones encaminadas para mejorar la calidad de vida de los niños con sobrepeso y obesidad en Vietnam no deben centrarse únicamente en el ajuste de la dieta y el ejercicio físico, sino que deben abordar todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente el funcionamiento emocional, social y escolar. (45)

Deniz, S; Oguzoncul, A. F., et. Al; (2019). Realizaron la siguiente investigación “The prevalence of obesity and related factors among primary and secondary school students”. En este estudio los autores refieren que la obesidad es un problema que abarca tanto a los países de ingresos bajos, medianos y altos. Por otra parte, el estilo de vida sedentario ha hecho que esta situación sea más pronunciada haciendo que la obesidad infantil continúe en la edad adulta. La nutrición adecuada, equilibrada y el estilo de vida móvil desempeñan un gran papel en la prevención y el tratamiento de la obesidad. El objetivo de esta investigación es: determinar la prevalencia de obesidad entre los estudiantes de primaria y secundaria y los factores relacionados. Para este fin, el tamaño de la muestra se calculó como 1278 (213 x 6) para que la distribución de género fuera apropiada. Tuvieron en cuenta el 15% de la tasa de no respuesta de los estudiantes, el número de estudiantes que se prevé alcanzar es de 1,500. La selección se hizo después de que los estudiantes fueron clasificados por clase, género y lugar de residencia. De los 1,500 estudiantes que fueron muestreados, 1,298 (86,53%) fueron evaluados. Obteniendo los siguientes resultados: en donde se observó que la edad media del grupo de estudio fue de 121.21 ± 28.23 meses, el 15,9% del grupo tenía sobrepeso y el 6,9% eran obesos, no hubo diferencia en términos de obesidad y sobrepeso entre los niños (22,2%) y niñas (23,4%), el tiempo medio que dedicaban a la televisión y a la computadora, excepto en conferencias y tareas; por día de la semana es de: 1.68 ± 1.67 horas, el fin de semana: 2.82 ± 2.22 horas. El 19,3% (no. 250) de las madres, el 13,8% (no. 179) de los padres eran obesos. Según la evaluación de género; se encontró que el 22,2% (no. 145) de los niños y el 23,4% (no. 151) de las niñas tenían sobrepeso u obesidad ($p= 0,791$). De acuerdo con la evaluación del lugar de residencia, el 23,8% (no. 82) de los estudiantes que pertenecían al centro del distrito y el 22,4% (no. 214) de los estudiantes que pertenecían a la zona rural tenían sobrepeso u obesidad; de acuerdo con los grupos de edad binarios (5-6, 7-8, 9-10, 11-12, 13-14); la prevalencia de pacientes con sobrepeso u obesidad fue del 18,8% (n a 25), del 20,3 % (n

a 73), del 23,6 % (n a 79), del 27,2 % (n a 79), del 22,0 % (n a 40) ($p= 0,097$), respectivamente, en cuanto a las características nutricionales: Se comprobó que la frecuencia de sobrepeso y obesidad es del 49,3% (n-37) en aquellos que omitían el desayuno ($p. 0,0001$) y se encontró que era del 55,7 % (n 39) en aquellos que consumen bebidas carbonatadas todos los días ($p= 0,001$). La prevalencia en los niños con obesidad y sobrepeso, que caminaban o iban en bicicleta a la escuela (19,8%) y que tuvieron actividad deportiva y física durante períodos más largos (18,8%), fue significativamente menor ($p < 0,05$). La evaluación de los padres según las categorías de IMC del 28,2% (no. 203) de las madres tenían sobrepeso u obesidad, y el 27,2% (no. 209) de los hijos de los padres con sobrepeso u obesidad tenían sobrepeso u obesidad. Finalmente se concluyó que, en el grupo de niños en edad escolar, la presencia de un estilo de vida sedentario, la obesidad en los padres y el estado del hábito del desayuno tuvieron un efecto significativo en la obesidad. Al evaluar el estado de los niños con sobrepeso u obesidad, se debe considerar el estado y el estilo de vida de los padres. considerando importante que los padres tengan una nutrición adecuada y comportamientos de vida activa junto con los niños. (48)

Liu, Wei; Lin, Rong; Guo, Chongshan; et. Al; (2019). Realizaron la siguiente investigación "Prevalence of body dissatisfaction and its effects on health-related quality of life among primary school students in Guangzhou, China". En donde refiere que la relación entre la insatisfacción corporal (BD) y la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) ha sido bien documentada en adolescentes y adultos, pero es menos clara en niños, particularmente en China. En esta investigación los objetivos fueron: describir la percepción e insatisfacción de la imagen corporal y examinar sus efectos en HRQoL entre los estudiantes de primaria en Guangzhou, China. para este fin, se contó con un total de 5,734 niños de 8 a 12 años de 29 escuelas completaron los cuestionarios, que incluían el Inventario de Calidad de Vida Pediátrica 4.0 para medir los estímulos figurales de HRQoL y Ma para medir la BD. Basándose en las percepciones de los niños de su propia imagen corporal, los grupos también fueron categorizados en grupos (demasiado gordos y delgados). La altura y el peso se midieron objetivamente utilizando métodos estandarizados, y se derivó una puntuación z del IMC utilizando las referencias de la OMS específicas de edad y sexo de 2007 para niños de 5 a 19 años. El estado de peso se clasificó como bajo peso, peso saludable, sobrepeso u obesidad. Obteniendo los siguientes

resultados: un total de 78,10% de los niños de 8 a 12 años en Guangzhou tenían diferentes niveles de BD; los niños tenían niveles ligeramente más altos de BD que las niñas ($p < 0.01$), y los niños obesos demostraron el grado más alto de BD ($p < 0.01$). Sin embargo, los niveles de BD no difieren significativamente de acuerdo con la edad. Las percepciones de la imagen corporal en las diferencias de género solo se encontraron en niños con un peso saludable ($p < 0.01$), pero las diferencias de edad en la percepción de la imagen corporal estaban presentes en ambos niños con un peso saludable ($p < 0.05$) y niños con bajo peso ($p < 0.05$). De los niños con un peso saludable que no estaban satisfechos con su imagen corporal, el 65,54% de los niños querían ser más pesados, mientras que el 52,95% de las niñas querían ser más delgadas ($p < 0.01$) y los niños mayores estaban más inclinados a percibirse a sí mismos como demasiado gordos ($p < 0.01$). Después de controlar la influencia de los factores de confusión, persistieron en todos los dominios las tendencias significativas de las puntuaciones HRQoL más bajas con niveles de BD crecientes ($p < 0.01$). Finalmente concluyeron que: la insatisfacción corporal es tan común en niños como en adolescentes y adultos y podría estar asociada de forma independiente con el deterioro de HRQoL. Así mismo, refieren que los presentes resultados sugieren que la epidemia actual de BD es una amenaza para la salud de los niños y que los programas de prevención para esta población deberían aplicarse en el futuro. (32)

Pakpour, Amir H; Chen, Chao-Ying; et. Al; (2019). Realizaron la siguiente investigación "The relationship between children's overweight and quality of life: A comparison of Sizing Me Up, PedsQL and Kid-KINDL". En donde refieren que es probable que los niños con sobrepeso y obesidad sufran una impresión negativa en la calidad de vida y en el bienestar psicológico. Por lo tanto, para los niños con sobrepeso y obesidad, medir QoL podría ir más allá de simplemente evaluar los parámetros médicos objetivos y cubrir su salud física, bienestar psicológico e interacción social. Las medidas genéricas (Kid-KINDL y Pediatric Quality of Life Inventory) y relacionadas con el peso (Sizing Me Up) son dos tipos de instrumentos de medición QoL; aunque, poco se sabe sobre las diferencias entre ellos. Así que para llevar a cabo este estudio reclutaron a 569 estudiantes de tercero a sexto grado de once escuelas en el sur de Taiwán. Además de los tres encuestas de QoL, se aplicaron el Inventario de Depresión Infantil y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Dentro del presente estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Los participantes incluidos en este estudio (no.560), presentaron edad media (SD) de 10.51 años, y aproximadamente la mitad

de ellos eran varones (52.7%). El (37.9%) tenían sobrepeso u obesidad. Los resultados demostraron hallazgos similares en PedsQL (r -.22 entre el IMC y la subescala física; -.09 entre el IMC y la subescala emocional) pero no en Kid-KINDL (r -.10 entre el IMC y la subescala física; -.12 entre el IMC y la subescala emocional) o Sizing Me Up (r -.35 entre el IMC y la subescala física; -.36 entre el IMC y la subescala emocional). Los elementos relacionados con molestias físicas, sentimientos tristes, forma corporal y problemas de tamaño en Size Me Up contribuyeron significativamente a la insuficiencia de calidad de vida de los niños con sobrepeso u obesidad. Por lo tanto, Size Me Up puede ser apropiado para niños y adolescentes obesos o con sobrepeso. También notaron que la depresión tenía asociaciones significativamente negativas con los tres cuestionarios de QoL. Se asoció a la autoestima con Kid-KINDL. El índice de masa corporal tenía significativamente una relación más fuerte con Sizing Me Up que sus relaciones con PedsQL y Kid-KINDL. Es decir que, los elementos relacionados con las preocupaciones del tamaño del cuerpo en Size Me Up contribuyeron significativamente a la disminución del QoL infantil con sobrepeso u obesidad. Finalmente concluyeron que, el estudio identificó además los caracteres y la fuerza de estas medidas de calidad de vida para obtener mejores resultados sobre la evaluación de problemas psicológicos y físicos para niños con sobrepeso u obesidad. (42)

Hoare, Erin; Crooks, Nicholas; Hayward, Joshua; et. Al; (2019). Realizaron la siguiente investigación "Associations between combined overweight and obesity, lifestyle behavioural risk and quality of life among Australian regional school children: baseline findings of the Goulburn Valley health behaviours monitoring study". En donde refieren que la calidad de vida relacionada con la salud es una construcción multidimensional de particular interés en determinar las consecuencias de la obesidad. Esta investigación tiene como objetivo determinar las relaciones entre el sobrepeso u obesidad y los comportamientos de riesgo obesogénicos asociados con la calidad de vida relacionada con la salud y los subdominios sociales, físicos, emocionales y escolares, en niños australianos. Para este estudio se empleó un proceso de reclutamiento escolar por lo que todas las escuelas primarias de tres áreas de gobierno local fueron invitadas a participar entre julio y septiembre de 2016 con 39/62 (62%) de las escuelas participantes y 1606/2034 (79%) estudiantes de segundo grado (de aprox. 7-8 años), de cuarto grado (de 9 a 10 años) y de sexto grado (de aprox. 11-12 años). Se midieron la talla y peso entre los estudiantes participantes y los niños mayores (grados 4º y 6º) que también completaron un cuestionario de comportamiento autoinforme, incluido el inventario de calidad de vida pediátrica. Dentro del presente estudio

los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: La prevalencia de sobrepeso u obesidad entre la muestra participante fue de poco más de una cuarta parte (27,1%) y esto ligeramente mayor entre los niños de 9-10 años (27,5%) en comparación con los niños de 11 a 12 años (26,6%). Aproximadamente la mitad de la muestra participante eran mujeres (52,5%) con una proporción ligeramente mayor de estudiantes de cuarto año (55,8%) en comparación con los estudiantes de sexto año (44,3%). El sobrepeso u obesidad fue similar en todo el género y el nivel de año. La mayoría de los niños hablaban inglés en casa (85,3%) aunque el sobrepeso u obesidad fue mayor entre los no hablantes de inglés (34,2%) en comparación con los hablantes de inglés (26,1%). No se observaron diferencias significativas en la prevalencia del sobrepeso u obesidad en relación con el nivel sociodemográfico de desventaja de los niños participantes. Algunas diferencias observadas de comportamiento de salud y HRQoL entre niños clasificados como niños con sobrepeso, obesidad y peso saludable. Los no consumidores de refrescos tenían las tasas más bajas de sobrepeso u obesidad (24,7%), y esto era significativamente diferente a los niños que consumían esas bebidas todos los días (35,6%). De los niños clasificados como peso sano, el 40,5% eran lo suficientemente activos, en comparación con el 27,4% de los niños con sobrepeso u obesidad. Los individuos que fueron clasificados con sobrepeso u obesidad obtuvieron puntuación significativamente menor en todos los dominios de HRQoL y la puntuación total de resumen, en comparación con los niños con peso saludable. Las mujeres obtuvieron una puntuación significativamente menor en el funcionamiento emocional ($p = .025$) en comparación con los hombres ($p = 0.041$) y más altas en la escala de funcionamiento escolar (mujeres: $p = 0.081$) (hombres: $p = 0.263$), de 809 niños de 9 a 12 años, había 219 (27,1%) clasificados con sobrepeso y obesidad. Los niños varones clasificados con sobrepeso y obesidad reportaron una calidad de vida significativamente menor relacionada con la salud en las puntuaciones de funcionamiento físico y global, en comparación con los hombres de peso normal. Se observaron puntuaciones significativamente más altas de calidad de vida entre todos los niños que cumplieron con las recomendaciones de actividad física en cinco de los siete días anteriores. Así mismo, observaron puntuaciones significativamente más altas entre los varones que se adhieren a las recomendaciones diarias de tiempo de pantalla, y entre aquellos que cumplen con las recomendaciones diarias del consumo de fruta. Entre los niños varones en edad escolar, el consumo de refrescos se asoció con una menor calidad de vida relacionada con la salud. Finalmente concluyeron, que estos hallazgos en los niños con obesidad y sobrepeso, así

como algunos factores de riesgo de comportamiento subyacentes en el estilo de vida, tuvieron una calidad de vida significativamente menor relacionada con la salud, aunque esto se observó más consistentemente entre los niños en edad escolar masculina. Sin embargo, estos hallazgos no se han identificado previamente en niños pequeños haciendo énfasis en la importancia de considerar la salud mental y emocional en los esfuerzos de salud pública para prevenir la obesidad. (43)

Anagha Killedar, Thomas Lung, et. Al; (2020). Realizaron la siguiente investigación “Weight status and health-related quality of life during childhood and adolescence: effects of age and socioeconomic position”. En este estudio los autores refieren una mala calidad de vida relacionada con la salud se asocia con el sobrepeso y la obesidad en los niños, los matices de esta relación a través de diferentes grupos de edad y factores sociodemográficos no están bien establecidos. Por lo que plantean el siguiente objetivo: examinar cómo la asociación entre el estado de peso y HRQoL cambia con la edad y la posición socioeconómica (SEP) a lo largo de la infancia y la adolescencia. Para llevar a cabo este estudio utilizaron datos del Estudio longitudinal de niños australianos (LSAC), un estudio de cohortes en el que los niños fueron entrevistados bienalmente de 4 a 17 años sobre siete oleadas de datos. En cada entrevista se recabaron las mediciones de HRQoL (utilizando PedsQLTM), el IMC y las características sociodemográficas. De los 4,983 niños reclutados en el estudio, incluimos datos de 4,083 niños (un total de 24.446 observaciones). Se utilizaron ecuaciones de estimación generalizadas para evaluar si la edad y la SEP modificaron la asociación entre el estado de peso y HRQoL, después de controlar el sexo, la condición médica a largo plazo, el idioma hablado con el niño y el estado de tabaquismo materno, se lograron obtener los siguientes resultados los cuales reportan que: la edad fue un modificador significativo de la asociación entre el estado de peso y HRQoL, con ajuste para los predictores conocidos de HRQoL ($P < 0.001$). A los 4 años, los niños con obesidad tenían, en promedio, un 0.99 % (95% CI 0,02–1,96) puntuación total de PedsQL inferior a la de los niños con un peso saludable. Esta diferencia se volvió clínicamente importante a la edad de 9 a 4.50 (95% CI 3.86–5.13) y aumentó a 6.69 (95% CI 5.74–7.64) puntos por la edad. No había evidencia de que SEP modificara la relación entre el estado de peso y HRQoL ($P > 0.05$). Finalmente concluyeron que la relación entre el sobrepeso, la obesidad y la mala calidad de vida se fortalece con el aumento de la edad a través de la infancia y la adolescencia, pero no se ve afectada por la posición socioeconómica, haciendo énfasis en

que los pediatras, investigadores y cuidadores de niños con obesidad deben reconocer los resultados de calidad de vida, particularmente para niños mayores y adolescentes. (46)

7.2. Modelos y Teorías que Fundamentan las Variables.

7.2.1. Obesidad Infantil

El exceso de peso infantil es considerado un importante problema de salud por el incremento de la morbilidad y mortalidad, es considerado el trastorno nutricional crónico más frecuente, en las últimas décadas su prevalencia se ha triplicado, tanto en los países desarrollados o industrializados y en los que están en vías de desarrollo de todos los continentes, América Latina está presentando una rápida transición nutricional, epidemiológica y demográfica, lo cual se ha reflejado en el aumento de la tasa de obesidad particularmente en niños en edad escolar.(8)(9)

La principal causa del sobrepeso y obesidad infantil se debe a una alteración energética entre calorías consumidas y gastadas. (12)

En la actualidad el estilo de vida se caracteriza por el incremento en el consumo de alimentos ricos en grasas, sal, hipercalóricos, azúcares refinados y disminución en la actividad física, lo cual se ve reflejado en una población cada vez más sedentaria.(13)(14)

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, donde especifican que 1 de cada 20 infantes menores de 5 años y 1 de cada 3 entre los 6 y 19 años padece sobrepeso u obesidad, en el área urbana se reportan 18.4% casos de sobrepeso en población en edad escolar y 19.5% de los niños en edad escolar presentan obesidad incrementando 37.9% en seis años, en la zona rural se reportó 17.4% de niños con sobrepeso en edad escolar y 12.3% con obesidad mostrando un incremento del 29.7% en los últimos seis años, colocando a México a nivel mundial entre los primeros lugares en obesidad infantil. (15)(2)

Según las curvas de crecimiento de la OMS para niños en edad escolar, el sobrepeso se considera con un IMC para la edad y el sexo con más de una desviación standard por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS y obesidad es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

igual al IMC para la edad con más de dos desviaciones standard por encima de la mediana (1).La guía de práctica clínica establece que se considera sobrepeso a partir del percentil 85 del imc y obesidad a partir del percentil 95 .(16)

La obesidad se puede clasificar en función de diferentes características, ya sea por su distribución: regional, androide, ginecoide o generalizada, desde el punto de vista cuantitativo: leve o grado I (120-140%), moderado o grado II (141-160%), grado III (160-200%) y mórbida (>200%). En función de su origen puede ser exógena o endógena; la obesidad exógena es secundaria a una alimentación excesiva o hábitos sedentarios, la obesidad endógena puede tener su origen en alteraciones en el metabolismo (por disfunción de alguna glándula endocrina o por deficiencia de hormonas sexuales). Las alteraciones genéticas o endocrinológicas corresponden al 1% de la obesidad infantil, por lo que el 99% corresponde a la obesidad exógena. (17)(18)

Existe evidencia científica que refiere que la problemática del aumento de peso que se inicia en la edad infantil continúa hasta la edad adulta (7).

Considerándose un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud como dislipidemia, presión arterial alta, Diabetes Mellitus, entre otras, lo que representa una baja en la calidad de vida y un aumento en gastos para los pacientes y autoridades sanitarias. (15)(21)

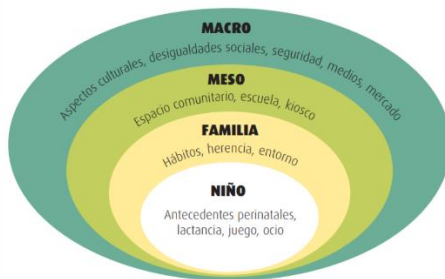
Por otra parte, la etapa escolar se refiere al periodo que abarca entre los seis años y la aparición de los primeros caracteres sexuales; esta etapa es considerada como clave en el curso de la vida para la formación de actitudes y comportamientos, ya que algunos de los hábitos que pueden tener relevancia en la vida de un adulto se establecen durante la etapa escolar.(17)(18)

7.2.2. Modelo Ecológico aplicado a la Obesidad Infantil.

El modelo ecológico aplicado abarca a las conductas, los cambios del entorno y normas que contribuyen a que los individuos tomen determinaciones saludables en su vida diaria. La base del modelo ecológico considera que la conducta es imposible cambiarla estando alejado de los demás, por lo que es preciso un ambiente de apoyo para impulsar a los individuos a que tomen saludables decisiones. (20)

Por otra parte, considera los entornos sociales y físicos, así como las interacciones con las personas a nivel interpersonal, comunitario de organización e individual. Este planteamiento provee un contexto para el cambio que se enfoca tanto en las familias, los vecindarios, los individuos, las empresas y normas. (20)

El enfoque ecológico señalado en el esquema 1. Representa los múltiples factores de la obesidad y sobrepeso en la población; por lo que requiere intervenciones no solamente sobre el espacio comunitario, el ambiente que lo rodea, sino también sobre el niño y su familia, en conjunto identifica los marcos obesogénicos de la sociedad actual. (19)(20)



Esquema 1. Modelo ecológico. (20)

En el 99% de los niños con obesidad, tiene una etiología multifactorial. Una pequeña proporción se debe a otras enfermedades y a síndromes genéticos.(16)(21)

Como es bien conocido la obesidad se debe al balance energético positivo entre el gasto en el individuo y la ingesta. Esta disponibilidad alta de energía favorece al ambiente obesogénico el cual cuenta con las características siguientes:

A nivel familiar: se deben evaluar las formas de alimentación del niño ya sean muy controladores o permisivos, las maneras de alimentación no saludables con alimentos con exceso de grasas, con alto consumo de bebidas edulcorantes, baja ingesta de verduras y frutas, el estilo de vida sedentaria dedicando demasiado tiempo ante la computadora o televisión, juegos de video y expensas de realizar actividades deportivas.

En cuanto a la comunidad se refiere: es importante considerar la alimentación inapropiada en los comedores escolares; la excesiva disponibilidad de alimentos para comer al paso, la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nula enseñanza del plato del buen comer en las escuelas, así como la falta de facilidades para realizar actividades deportivas.

En cuanto al nivel gubernamental: se debe considerar la deficiente regulación de la publicidad de alimentos, específicamente la que es dirigida a los niños; además de la deficiente regulación de la oferta de alimentos procesados, la producción de estos entre otros. (20)(21)

Con la epidemia de obesidad en los países en vías de desarrollo, es indiscutible la importancia y profundización del conocimiento de este escenario obesogénico como determinante de la obesidad. (20) (21)

7.2.3. Estilo de vida.

La Organización Mundial de la Salud en 1986 definió el estilo de vida como una forma de vida basada en la interacción de las condiciones de vida, los patrones de conducta de un individuo influenciados por factores sociales, culturales y características personales, lo que conduce a la complacencia de las necesidades humanas para conseguir bienestar. (1).

El estilo de vida está determinado por factores protectores para el bienestar y factores de riesgo, por lo que deben ser vistos de manera dinámica ya que no solo se compone de acciones de naturaleza social, sino también de comportamientos individuales.(22)(23)

Basándonos en revisiones históricas, la etiología del concepto de estilo de vida se remonta a finales del siglo XIX, por los filósofos Karl Marx y Max Weber quienes realizaron las primeras aportaciones ofreciendo una visión sociológica al estudio de este concepto. Desde el punto de vista, la mayoría de las definiciones coinciden entendiéndose por el estilo de vida a un patrón de conductas que los individuos prefieren adoptar entre las que están disponibles en función de su entorno social.(22)

Las peculiaridades principales del estilo de vida saludable se pueden resumir en los siguientes apartados:

- a) La primera se refiere a que posee una naturaleza observable y conductual. Es decir, los valores, las motivaciones y las actitudes, no son parte de este, aunque sí logran ser sus determinantes.
- b) Las conductas deben mantenerse durante un tiempo. Se refiere a que el estilo de vida expresa hábitos que tienen alguna continuidad temporal, dado que se trata de un modo de vida habitual, es decir, si se abandona un comportamiento ya no es parte del estilo de vida.
- c) El estilo de vida expresa combinaciones de conductas que ocurren repetidamente. Considerándolo como una manera de vida que abarca varias conductas organizadas de un modo congruente en respuesta a las distintas circunstancias vitales de cada individuo o grupo.
- d) Finalmente el estilo de vida no involucra un motivo en común para las conductas que forman parte de este, sin embargo, sí es de esperarse que las diferentes conductas tengan ciertas causas en común. (24)

El estilo de vida está relacionado con el comportamiento en general de la comunidad o de la población. (21)(22) hablando específicamente en la etapa escolar los niños experimentan un desarrollo progresivo que está ligado al establecimiento de estilos de vida saludables, así mismo, empiezan a tener consciencia de la autoimagen corporal y ocurren las comparaciones en cuanto al peso, por lo que los padres y las personas con las que convive el menor desempeñan un papel sumamente importante, ya que son la principal influencia y ejemplo de comportamiento para él, lo cual puede repercutir en un efecto favorable o desfavorable. Es decir, si la familia practica hábitos saludables es mucho más fácil convencer a los niños que hagan lo mismo y sus efectos se prolongarían a lo largo de toda la vida. (25)

7.2.4. Calidad de vida Relacionada con la Salud Infantil

La calidad de vida y los estilos de vida son considerados conceptos relacionados; la OMS menciona los aspectos multifacéticos de la vida, para evaluarla, se tiene que reconocer en su concepto multidimensional, que incluye lo social, físico y lo psicológico. Estas dimensiones son influenciadas por los valores, la cultura de las personas, las creencias, experiencias, incluyendo las metas personales, el nivel de vida, las percepciones, las preocupaciones, las expectativas de un individuo y se definen como percepciones de la

salud, (1) (26) entendiendo así que la adopción de un estilo de vida saludable mejora en la calidad de vida.

Existen varias definiciones de calidad de vida y esta ha sido abordada por múltiples autores. Dentro de la historia este concepto ha sido utilizado desde la época de los antiguos griegos, una de las primeras referencias es de Aristóteles, quien refería que la mayoría de las personas perciben la buena vida como lo mismo que ser feliz, enfatizando que la felicidad era materia de debate, ya que significaba distintas cosas para varias personas y en distintas circunstancias. Sin embargo, el origen académico del concepto se establece a mediados de los 60 debido a que en esta época se desarrollaron los indicadores sociales, en donde la calidad de vida fue conceptualizada como bienestar ya sea objetivo o social y era medida por la complacencia de las necesidades básicas de la población, para indicar principalmente el bienestar material de las naciones. (27)(28)

Desde entonces se comienza a considerar a la salud como uno de los principales dominios responsables de la calidad de vida, sin embargo, la calidad de vida es considerada un tema amplio y subjetivo más que uno específico y objetivo, ya que su esencia está en identificar la percepción de los individuos sobre su estado de bienestar psicológico, físico, social y espiritual que depende de sus creencias, valores, de su cultura y de su historia personal. (26)(29)

Posteriormente este concepto evoluciona dando paso a la expresión “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS), dando mayor importancia al desarrollo y aplicación del concepto mediante la construcción de escalas técnicas e instrumentos de medida cuyo propósito principal es facilitar una evaluación integral, comprensiva y válida del estado de salud de una persona, grupo o población y por lo tanto, una evaluación más precisa de los probables riesgos y beneficios derivados de la asistencia médica. (26)(29)

La definición clásica de calidad de vida relacionada con la salud es la propuesta por Shumaker y Naughton, quienes se refieren a este concepto como la evaluación subjetiva del estado de la salud actual, la promoción de la salud y los cuidados sanitarios sobre la aptitud de la persona para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento que le permita continuar con las actividades que afectan su estado de completo bienestar y que le son importantes. (30)

En cuanto a los acontecimientos adversos de tipo biológico, psicológico y social, que gravitan alrededor de la obesidad infantil, los cuales inciden negativamente en las relaciones del niño con sus compañeros de colegio, con los miembros de su núcleo familiar e incluso consigo mismo; finalmente se van a ver evidenciados en la calidad de vida de los niños.(31)

Algunos estudios han demostrado que la insatisfacción corporal entendiéndose este término como al descontento subjetivo de una persona con su tamaño o forma corporal, a sido asociada con deficiencias en varios aspectos de calidad de vida relacionada con la salud, siendo reconocida como elemento central para el bienestar y la salud de los niños con sobrepeso que se ha vuelto un problema de salud pública (32)

La obesidad en los niños tiene efectos adversos significativos tanto en la salud física manifestada por enfermedades como diabetes e hipertensión, ya sean agudos o crónicos, así como consecuencias en la salud mental, ya que los niños con exceso de peso suelen sufrir discriminación y burlas de sus compañeros, presentando consecuencias perjudiciales para futuros resultados educativos y socioeconómicos. (31)(32)

Para obtener una óptima calidad de vida, se debe reflexionar en aquellos factores de riesgo como los fisiológicos que incluyen comportamientos que sustentan la obesidad como la dieta hipercalórica, el sedentarismo y la salud psicosocial (ansiedad, depresión, etc.), que en la actualidad se multiplican cada día y están cada vez más presentes en las diferentes edades, por ello es de gran importancia prestar especial atención ya que durante este período de desarrollo se forman hábitos de vida.(33)(34)

7.2.5. Teoría psicométrica en los Instrumentos de medición empleados

Los instrumentos de medición empleados para la realización de este protocolo están basados en la teoría psicométrica la cual se dedica a la investigación de las diferencias individuales a partir de los elementos causantes de dichas diferencias, agrupando las puntuaciones de diversas pruebas empleando un análisis factorial. La agrupación psicométrica esclarece los factores de los que dependen las discrepancias individuales

(inteligencia), la cual está conformada por múltiples actitudes, factores independientes o capacidades que actúan conforme a la tarea con la que se enfrenta el individuo. (40)

7.3. Instrumento para Medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud (KIDSCREEN-52)

Se trata de un cuestionario diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para la población infantil y adolescente.

Uno de los aspectos más interesantes de esta medida es su capacidad para captar la multidimensionalidad de la salud.

Está fundamentado en la teoría psicométrica y ha sido desarrollado teniendo en cuenta en diferente grado la opinión de la población a la que van dirigidos, la de los informadores indirectos (generalmente padres y madres) y la de los propios investigadores. (35)

7.3.1. Validez de constructo.

Para determinar de forma definitiva los ítems y las dimensiones del cuestionario se realizaron grupos de discusión (*focus groups*) con niños/as y adolescentes

En total, participaron 146 personas de 8-18 años, de los cuales 34 (6 grupos) eran españoles. Los grupos fueron conducidos por 2 moderadores que siguieron un protocolo estandarizado para todos los países participantes. Los resultados fueron grabados, transcritos y analizados en cada centro y se seleccionaron unidades de texto relevantes en cuanto a CVRS. (35)

Los resultados se recogieron en formularios estructurados y se completaron en cada país, tanto en el idioma propio como en inglés. (35)

Siguiendo las normas de las guías EUROHIS para la elaboración de cuestionarios, se eliminaron los ítems redundantes, inadecuados (p. ej., los no relacionados con el constructo de CVRS) o considerados no relevantes por al menos 2 de los países. (35)

Posteriormente, se desarrolló una técnica de clasificación de ítems mediante tarjetas (*card sort*), teniendo en cuenta tanto las categorías y las dimensiones previamente definidas en el estudio Delphi como las dimensiones utilizadas en el desarrollo del WHOQOL. (35)

Las categorías y las dimensiones similares o que contenían pocos ítems se fusionaron en otras respectivamente. Por último, se seleccionaron los mejores ítems de cada categoría. (35)

Se compararon las puntuaciones medias de las dimensiones del KIDSCREEN-52 según el sexo, la edad y la escala FAS estimándose la magnitud del efecto calculando las diferencias de medias estandarizadas (effect size). Estableciéndose que diferencias entre 0,2 y 0,5 serían mínimas, de 0,51 a 0,8 serían moderadas y mayores a 0,8 serían relevantes. (35)

7.3.2. Validez aparente

Traducción y armonización: El contenido inicial del instrumento en inglés fue traducido a los diferentes idiomas europeos. En el caso del español, 2 traductores profesionales de lengua materna española y bilingües en inglés tradujeron el instrumento (traducción directa) de forma independiente, puntuando para cada ítem el grado de dificultad que encontraron al traducirlo y el grado de equivalencia conceptual con la inicial, en una escala de 0-10 (0, ninguna dificultad [equivalencia máxima]; 10 dificultad máxima [equivalencia mínima]). (35)

Posteriormente se llevó a cabo la traducción inversa, a cargo de una persona bilingüe cuya lengua nativa era la inglesa. El equipo investigador, donde al menos un integrante conocía bien ambos idiomas, comparó la traducción inversa con la versión inicial, con el objetivo de identificar ítems no equivalentes o problemáticos y proponer soluciones alternativas. (35)

La armonización internacional consistió en la puesta en común de todas las retrotraducciones procedentes de todos los idiomas, con el objetivo de eliminar y/o proponer cambios en los ítems identificados como problemáticos en alguno de los idiomas o culturas. Los ítems modificados fueron nuevamente traducidos y retrotraducidos a cada uno de los idiomas (35)

Al final de este proceso, se obtuvo una versión cuya claridad, aceptabilidad y familiaridad del contenido fue evaluada en un pretest (*cognitive debriefing*). (35)

Se realizaron entrevistas individuales a niños y adolescentes de sexo y edades diferentes, en las que se utilizaron los métodos denominados *paraphrasing* y *probing*. Para probar la versión pretest española se entrevistó a 7 personas de 8-15 años (4 chicas y 3 chicos) y diferentes niveles socioeconómicos. Los entrevistadores recogieron las incidencias y dificultades que fueron puestas en común en una nueva armonización internacional. (35)

7.3.3. Confiabilidad y validez

Alfa de Cronbach fue superior a .70 en todas sus dimensiones, $p > 0.5$ (35)

7.3.4. Análisis de factorial confirmatorio

Para evaluar el comportamiento de los ítems en estos modelos se utilizaron los estadísticos Infit y Outfit, considerando que un ítem era apropiado cuando el estadístico Infit/Outfit se encontrara entre 0,8 y 1,2. (35)

La bondad de ajuste de los datos se midió con los índices de ajuste comparativo (CFI, de comparative fit index; criterio mínimo $\geq 0,9$), el índice de ajuste normalizado (NFI, de normed fit index; criterio mínimo $\geq 0,9$) y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA, de root mean square error of approximation; criterio mínimo $\leq 0,06$) (35)

Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS versión 15 y el modelo Rasch y con el programa R versión 2.12.2 el análisis factorial confirmatorio (35)

7.3.5. Validez de contenido

El estudio Delphi propició el consenso en cuanto a que el instrumento debería tener de 30 a 50 ítems, ser multidimensional y en él se propusieron inicialmente 96, Aymerich M, et al. realizó la versión en español del KIDSCREEN, una encuesta dirigida a la población adolescente e infantil sobre calidad de vida que incluye 8 dimensiones (bienestar psicológico, autoestima, imagen corporal, función cognitiva, movilidad, energía/vitalidad, relaciones sociales, familia), con un tiempo de cumplimentación de 10-15 min. (35)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A partir del análisis de contenido de los grupos de discusión, se identificaron un total de 1.642 ítems (2.505 sumando los ítems para informadores indirectos), distribuidos en 26 dimensiones. (35)

Mediante la eliminación de ítems redundantes o inadecuados se obtuvieron 710 ítems. Posteriormente, con la redefinición de las dimensiones y la técnica de clasificación de ítems, se redujeron a 185, distribuyéndose en 7 dimensiones y 24 categorías. Se obtuvieron finalmente 2 versiones, una infantil (8-11 años) y otra para adolescentes (12-18 años). (35)

7.3.6. Validez de criterio

No tiene lo cual es una limitante

Las respuestas a los ítems se categorizan en una escala tipo Likert de 5 opciones, que evalúa la frecuencia en un periodo de una semana el cual es recordatorio en la mayoría de las preguntas. (35)

7.3.7. Dimensiones

KIDSCREEN, única para niños y adolescentes, está conformado por 10 dimensiones y 52 ítems:

1. Bienestar físico (5 ítems): actividad física, sensación de energía y de estar físicamente en forma.
2. Estado de ánimo y emociones (7 ítems): estados depresivos, las sensaciones de estrés y experiencias negativas.
3. Bienestar psicológico (6 ítems): satisfacción con la vida y emociones positivas
4. Auto percepción (5 ítems): incluye la satisfacción relacionada con ellos, la apariencia física y la percepción del niño (a) sobre sí mismo (a).
5. Relación con los padres y vida familiar (6 ítems): explora la atmósfera familiar del niño (a) y la relación con los padres
6. Autonomía (5 ítems): Las ocasiones que tiene para disponer de su tiempo libre.
7. Amigos y apoyo social (6 ítems): recoge la naturaleza de las relaciones sociales del niño (a) con otros.
8. Entorno escolar (6 ítems): examina la percepción del niño (a) sobre su aptitud para la concentración, las sensaciones sobre la escuela y el aprendizaje.

9. Recursos económicos (3 ítems): analiza la percepción sobre la capacidad financiera familiar. (35)
10. Aceptación social (3 ítems): examina los sentimientos de rechazo generada por los compañeros.

Este cuestionario cuenta con escalas de frecuencia e intensidad, con un recorrido de 1-5 puntos registrada en la escala de Likert y de los 52 ítems, 13 se encuentran con sentido de la escala invertido. Estas puntuaciones fueron estandarizadas en una escala de 0-100, donde las puntuaciones deben interpretarse en el sentido de que a mayor valor mejor calidad de vida relacionada con la salud (49). En cuanto al puntaje para cada una de las dimensiones se obtiene, calculando el promedio de las respuestas y transformando dichos puntajes en un conjunto lineal continuo utilizando un modelo RASCH. Luego, se estandariza con un desvío estándar de 10 puntos y una media de 50. La puntuación de la escala se toma como indicador de cada dimensión de la CVRS que puede interpretarse como mejor CVRS o mayor bienestar a mayor puntuación, siendo valores críticos de malestar las puntuaciones de -0,5 (puntuación <45) y -1 DE (puntuación <40). (35)

El instrumento para valorar la CVRS, KIDSCREEN-52, tiene una buena fiabilidad, aceptabilidad, validez y fiabilidad para ser aplicado en la población adolescente (hasta los 18 años) e infantil (a partir de los 8 años). (35)

7.4. Instrumento para Medir el Estilo de vida (FANTÁSTICO).

Es un instrumento diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, que permite medir e identificar el estilo de vida de una población adulta.

Está basado en la teoría psicométrica para la población, grupos de edad y sexo. (36)

Esta encuesta consta de 25 ítems cerrados que analiza nueve categorías tanto psicológicas, sociales y físicos relacionados al estilo de vida. (36)

7.4.1. Validez de constructo.

Respecto a la homogeneidad del Agrupamiento de ítems: para crear grupos homogéneos de ítems se consideraron los siguientes criterios: la correlación entre los ítems y el análisis del contenido. La validez interna de los clústers de ítems fue analizada con la correlación promedio inter-ítem y su valor mínimo y máximo. (36)

7.4.2. Validez aparente

Esta encuesta ha sido validada y adaptada a la lengua española en México, Colombia y Brasil con excelentes resultados de confiabilidad tanto en grupos poblacionales tales como trabajadores y estudiantes como en la población adulta en general.

El acrónimo FANTÀSTICO simboliza las primeras letras de diez dominios (a diferencia de la versión original en inglés donde los dominios son nueve). (36)

7.4.3. Validez de contenido

Se empleó el criterio de 10 jueces especialistas en el área, los cuales dieron su consentimiento o rechazo para cada uno de los ítems. Se procedió a la adaptación del instrumento, para este fin se ajustaron dos ítems referidos al uso de tiempo libre. Seguidamente se administraron los instrumentos simultáneamente.

El resultado de este proceso fue una validez significativa del instrumento, con un nivel de significancia en todos los ítems de 0.05. (36)

7.4.4. Validez de criterio

Patrón de validez convergente y divergente (36)

7.4.5. Confiabilidad y Validez

Alfa de Cronbach: 0,73

En las diferentes categorías del cuestionario Fantástico (total vs. dominios), ($r= 0,19-0,79$ $p<0,01$), encontrándose correlación interesalar como aceptables y buenas. (36)

7.4.6. Análisis factorial

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15, calculándose medidas de dispersión y tendencia central. (36)

7.4.7. Dimensiones:

1. F: amigos y familia
2. A: actividad física
3. N: nutrición.
4. T: consumo de tabaco.
5. À: alcohol o uso de otras drogas.
6. S: estrés, sueño
7. T: tipo de personalidad y trabajo.
8. I: introspección.
9. C: conducta sexual, control de salud.
10. O: otras conductas (como pasajero del transporte público, peatón, sigo las reglas, tengo claro el objetivo de mi vida y uso de cinturón de seguridad) (36)

Esta encuesta muestra tres opciones de respuesta con valor de 0 a 2 para cada categoría clasificándose en una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 120 puntos.

En las siguientes categorías a continuación descritas se clasifica este rango de valores. (50)(36)

0-46: estas en zona de peligro

47-72: podrías mejorar, algo bajo.

73-84: estas bien, adecuado.

85-102: buen trabajo

103-120: tienes un estilo de vida Fantástico, felicitaciones. (50)(36)

8. JUSTIFICACIÓN

La OMS refiere que el incremento de la obesidad infantil en cuanto a su prevalencia se debe a cambios sociales producidos en las últimas décadas. (1)

La causa principal del sobrepeso u obesidad infantil se debe al desequilibrio energético entre calorías gastadas y consumidas (10)(21).

Dado que el estilo de vida actual se caracteriza por el incremento en el consumo de alimentos ricos en grasas, sal, alimentos hipercalóricos, azúcares refinados y disminución de la actividad física, lo cual repercute en una población cada vez más sedentaria. (5)(11)(12)

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, donde se especifica que 1 de cada 3 entre los 6 - 19 años y 1 de cada 20 niñas y niños menores de 5 años sufre de sobrepeso u obesidad, colocando a México en los primeros lugares a nivel mundial de obesidad infantil. (2), (13).

Lo cual representa una disminución en la calidad de vida generando un incremento de gastos para los servicios de salud (15)(21).

Por otra parte el estudio de la CVRS en niños refleja el impacto de determinantes como el capital económico y social de las familias o factores de riesgo de la salud como el sobrepeso y la obesidad, señalando la carga de las desigualdades en la salud sobre calidad de vida relacionada con la salud, a diferencia de los adultos, los niños no pueden elegir los alimentos que consumen ni el entorno en el que viven, teniendo una capacidad limitada para entender las repercusiones a largo plazo de su comportamiento. (1)(15)(21)

Por lo que conocer el estilo de vida de los padres y saber si este tiene asociación sobre la calidad de vida en la población infantil con obesidad y sobrepeso, nos ayudará a establecer medidas de prevención oportunas y por lo tanto ayudar a aumentar la calidad de vida de los niños a lo largo de su vida.

En cuanto a la factibilidad de esta investigación, esta es factible ya que el recurso financiero y material se solventará por el investigador asociado y el recurso humano será

proporcionado por la institución, por lo cual no implica ningún gasto extra. Así mismo, se cuenta con viabilidad ya que las políticas de salud acordes con nuestro protocolo en el plan nacional de desarrollo del gobierno actual 2019-2024, existen programas para combatir la obesidad y sobrepeso



9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Tejero M. E, describe que la obesidad es un problema multifactorial y complejo en el que intervienen factores genéticos, ambientales y sociales (3). La OMS refiere que la obesidad infantil se está convirtiendo en uno de los grandes desafíos de salud pública y en una epidemia global del siglo XXI (1); así mismo, Ebbeling C.B, agrega que este problema de salud pública va en aumento. (38).

La OMS y Padilla et. al. Coinciden en que la falta de actividad física y la alimentación poco saludable son las causas principales de las enfermedades más importantes de carácter no transmisible, contribuyendo de manera sustancial a la carga de discapacidad y morbimortalidad a nivel mundial (1)(5)

La organización Panamericana de la Salud y WHO, coinciden que para cualquier país el hecho de que un gran porcentaje de su población más joven sufra de sobrepeso u obesidad, supone a largo plazo el riesgo del aumento en los costos del sistema sanitario (15)(21).

La obesidad infantil y el sobrepeso se definen de acuerdo con las curvas de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes, considerándose como sobrepeso un índice de masa corporal (IMC) para la edad y el sexo, con más de una desviación standard por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS y obesidad es igual al IMC para la edad y el sexo, con más de dos desviaciones standard por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS(1). Por otra parte, la guía de práctica clínica establece que se considera sobrepeso a partir del percentil 85 del IMC y obesidad a partir del percentil 95. (14)

Existe evidencia científica demostrada por Magarey A. y Deniz et. al, quienes refieren que la problemática del incremento de peso que se inicia en la niñez continúa hasta la edad adulta (7)(48).

Debido al incremento de la obesidad y sobrepeso en la población infantil, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se ve obligado a fortalecer las acciones preventivas

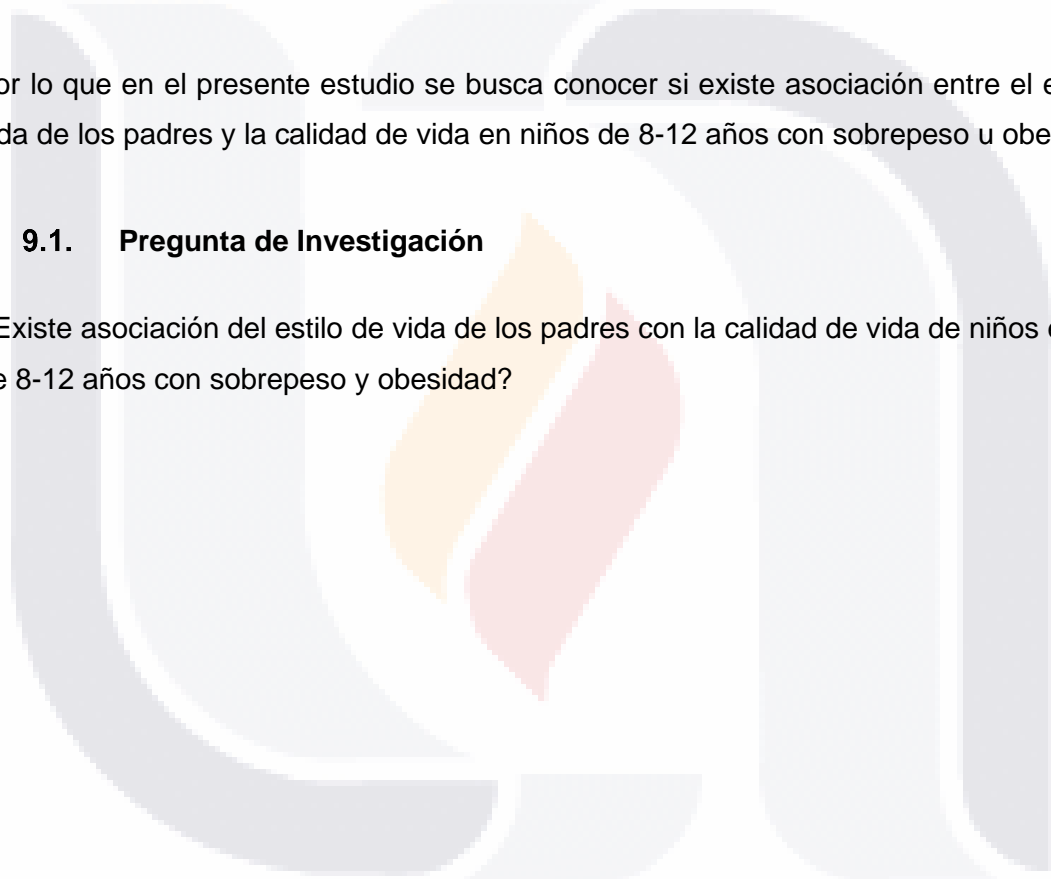
para combatir estos problemas de salud, tanto en primer, segundo y tercer nivel, con planes de ejercicio y alimentación supervisados por nutriólogos, endocrinólogos y pediatras.(39)

Por otra parte, Anne Bridsgaard et. al y Deniz et. al, ambos establecen que los padres en general no son lo suficientemente conscientes de cómo se afecta la calidad de vida de sus hijos con el sobrepeso y la obesidad. Por lo tanto, es necesario obtener información de las madres y padres sobre su estilo de vida y el impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida de los niños. (37)(48)

Por lo que en el presente estudio se busca conocer si existe asociación entre el estilo de vida de los padres y la calidad de vida en niños de 8-12 años con sobrepeso u obesidad.

9.1. Pregunta de Investigación

¿Existe asociación del estilo de vida de los padres con la calidad de vida de niños en edad de 8-12 años con sobrepeso y obesidad?



10. OBJETIVOS

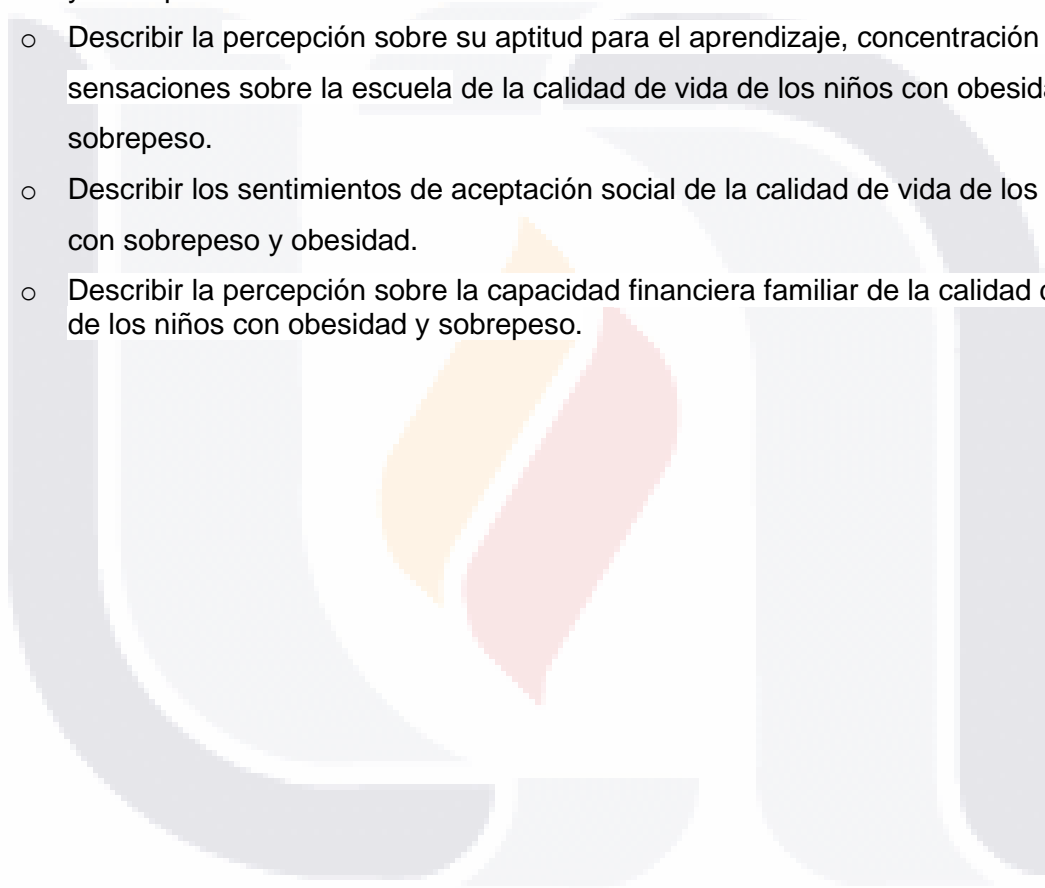
10.1. Objetivo General:

- Medir la asociación del estilo de vida de los padres con la calidad de vida de los niños en edad de 8-12 años con obesidad y sobrepeso.

10.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los padres con niños con obesidad y sobrepeso de 8-12 años.
- Describir las características sociodemográficas de los niños de 8-12 años con obesidad y sobrepeso.
- Medir el estilo de vida de los padres.
- Describir familia y amigos en el estilo de vida de los padres.
- Describir la actividad física en el estilo de vida de los padres.
- Describir la nutrición en el estilo de vida de los padres.
- Describir el trabajo en el estilo de vida de los padres.
- Describir el consumo del alcohol en el estilo de vida de los padres.
- Describir el estrés y el sueño en el estilo de vida de los padres.
- Describir el tipo de personalidad en el estilo de vida de los padres.
- Describir la introspección en el estilo de vida de los padres.
- Describir la conducción y trabajo en el estilo de vida de los padres.
- Describir otras drogas en el estilo de vida de los padres.
- Medir la calidad de vida de los niños con sobrepeso y obesidad.
- Describir la actividad física y salud de la calidad de vida de los niños con obesidad y sobrepeso.
- Describir los sentimientos de la calidad de vida de los infantes con obesidad y sobrepeso.
- Describir el estado de ánimo de la calidad de vida de los niños con sobrepeso y obesidad.

- Describir los sentimientos sobre si misma o mismo de la calidad de vida de los niños con obesidad y sobrepeso.
- Describir el tiempo libre de la calidad de vida de los infantes con obesidad y sobrepeso.
- Describir la vida familiar de la calidad de vida de los infantes con sobrepeso y obesidad.
- Describir las interacciones sociales de la calidad de vida de los niños con obesidad y sobrepeso.
- Describir la percepción sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela de la calidad de vida de los niños con obesidad y sobrepeso.
- Describir los sentimientos de aceptación social de la calidad de vida de los niños con sobrepeso y obesidad.
- Describir la percepción sobre la capacidad financiera familiar de la calidad de vida de los niños con obesidad y sobrepeso.



11.HIPÓTESIS

11.1. Hipótesis verdadera:

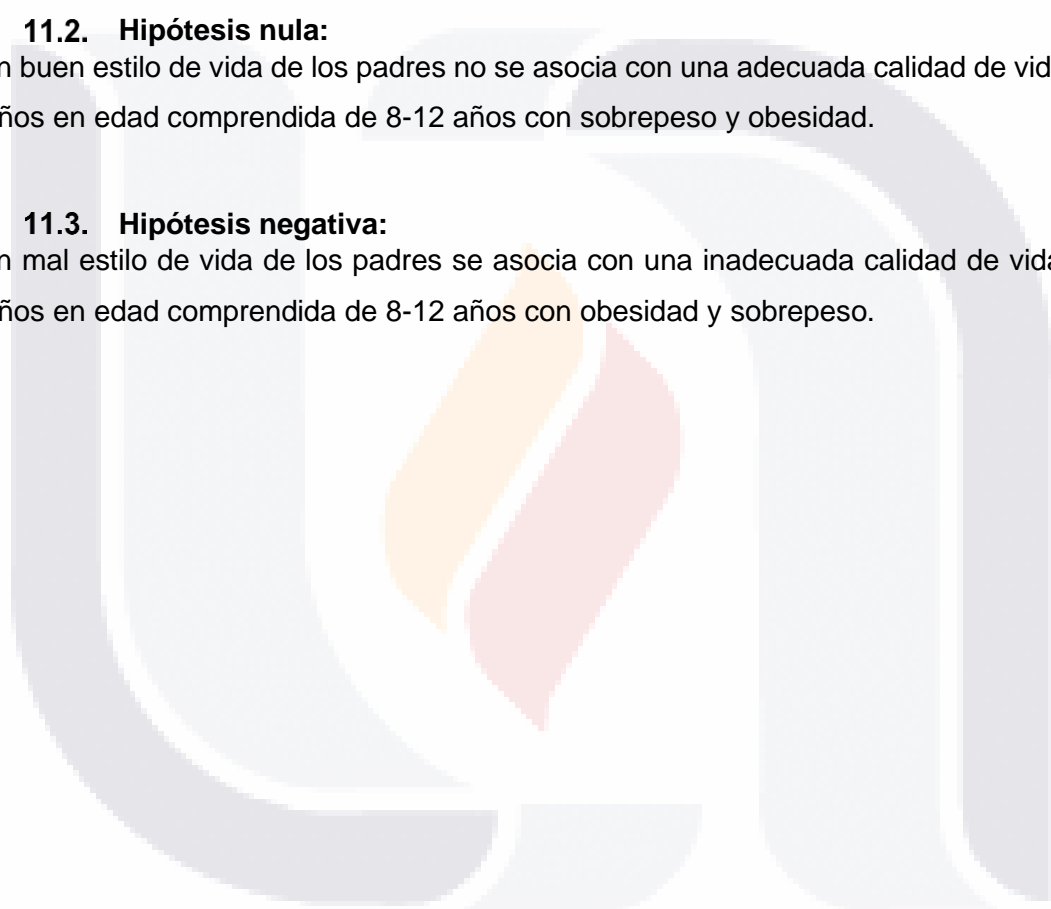
Un buen estilo de vida de los padres se asocia con una adecuada calidad de vida en los niños en edad comprendida de 8-12 años con sobrepeso y obesidad.

11.2. Hipótesis nula:

Un buen estilo de vida de los padres no se asocia con una adecuada calidad de vida en los niños en edad comprendida de 8-12 años con sobrepeso y obesidad.

11.3. Hipótesis negativa:

Un mal estilo de vida de los padres se asocia con una inadecuada calidad de vida en los niños en edad comprendida de 8-12 años con obesidad y sobrepeso.



12. MATERIAL Y METODOS

12.1. Características del lugar donde se realizará el estudio:

El presente estudio se realizó en la unidad de medicina familiar número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

12.2. Tipo de Investigación

12.3. Tipo de estudio

12.3.1. Intervención del fenómeno.

- Observacional.

12.3.2. Interpretación del fenómeno.

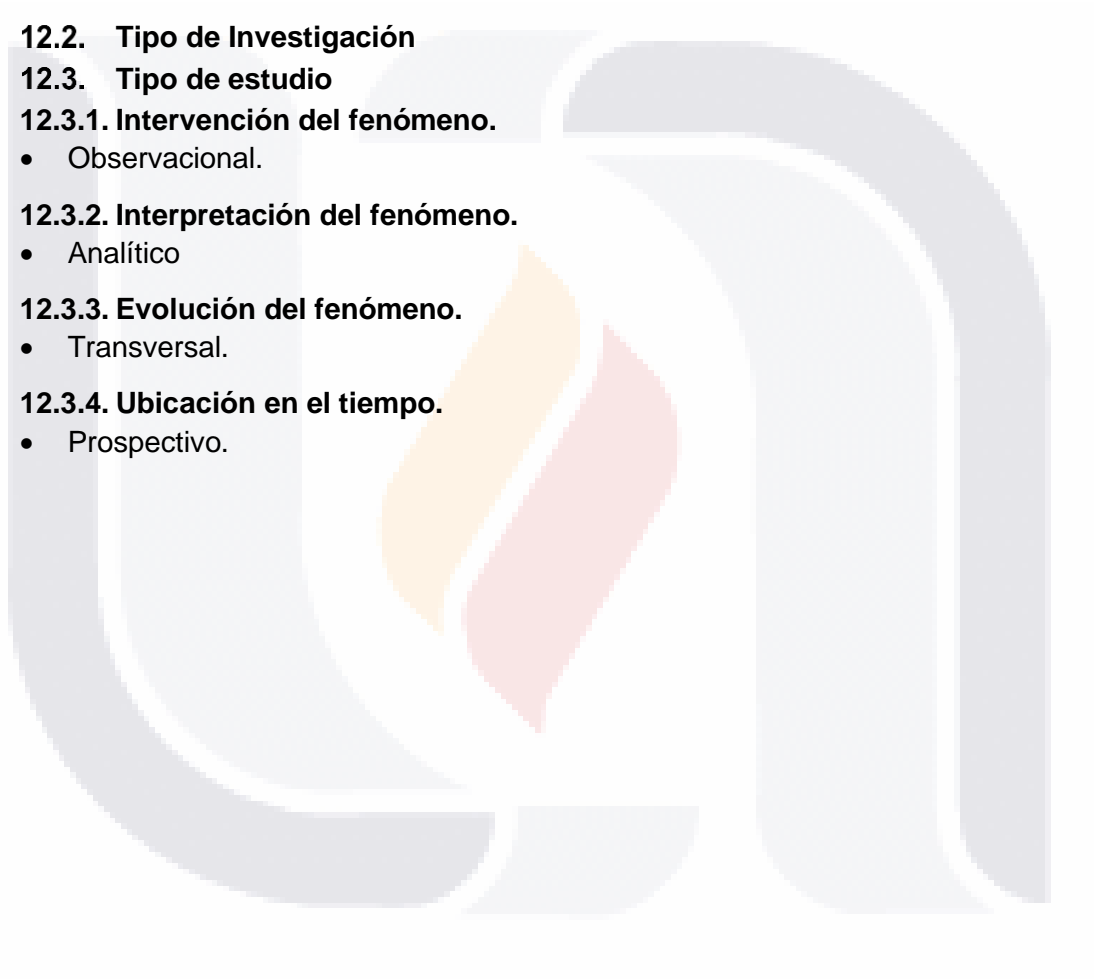
- Analítico

12.3.3. Evolución del fenómeno.

- Transversal.

12.3.4. Ubicación en el tiempo.

- Prospectivo.



12.4. Descripción de Variables y Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Índice	Instrumento	Unidad de análisis
Variable independiente: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Es la valoración subjetiva de las influencias de los cuidados sanitarios, del estado de salud actual, y el fomento de la salud sobre la capacidad de la persona para conseguir y mantener un nivel global de funcionamiento que permite continuar aquellas actividades que son importantes para él y que perturban a su estado de bienestar.	Cualitativa Ordinal	Factores ambientales.	1.Bienestar físico (5 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo	Encuesta KIDSC REEN-52	Niños de 8-12 años.
				2.Bienestar psicológico (6 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
				3.Estado de ánimo y emociones (7 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		

				4. Autopercepción (5 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
				5. Autonomía (5 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
				6. Vida familiar y Relación con los padres (6 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
				7. Apoyo social y Amigos (6 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho		

					Muchísimo		
				8.Entorno escolar (6 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
				9.Aceptación social (3 ítems)	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
				10Recursos económicos (3 ítems).	Nada Un poco Moderadamente Mucho Muchísimo		
ESTILO DE VIDA	El concepto de estilo de vida es multidimensional, se	Cualitativa Ordinal	Factores ambientales	1.Familia y amigos	Casi siempre A veces Casi nunca	Encuestas	Padres de niños

reflejan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y filosóficos de como una persona vive su vida tanto a nivel personal como social.				2.Actividad física	Casi siempre A veces Casi nunca	FAN- TÀSTI- CO	con sobrepe- so y obesi- dad de 8-12 años.
				3.Nutrición	Casi siempre A veces Casi nunca		
				4.Tabaco	Casi siempre A veces Casi nunca		
				5.Alcohol	Casi siempre A veces Casi nunca		
				6.Sueño/ Estrés	Casi siempre A veces Casi nunca		
				7.Tipo de personalida d	Casi nunca Algunas veces A menudo		
				8.Introspecc ión	Casi siempre A veces Casi nunca		
				9.Conducci on/	Siempre A veces		

				Trabajo	Casi nunca		
				10.Otras drogas	Nunca Ocasionalmente A menudo		
Variable dependiente: Obesidad y sobre-peso en niños	Obesidad: La OMS la refiere como el imc para la edad y el sexo por arriba de dos desviaciones standard de la mediana establecida en las curvas de crecimiento infantil.	Cualitativa Nominal	Medidas antropométricas	Peso Talla	a) índice de Masa Corporal (IMC) por encima del percentil 95 es indicativo de obesidad	Ficha antropométrica	Niños de 8-12 años.
	Sobrepeso: se define como el aumento de peso caracterizado por un índice de masa corporal mayor +1 desviación estándar para la edad y sexo en las curvas de	Cualitativa Nominal			a) IMC por encima del percentil 85 y menor de 95 es indicativo de sobrepeso		

	crecimiento infantil establecidas por la OMS						
Varia- bles sociode- mográficas	Edad: Calculo de en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de toma de la encuesta.	Cuantitati- va Continua			Escolares: a) Número de años cumplidos (8-12 años) <hr/> Padres: a) Número de años cumplidos 18-60 años	Ficha identifi- cación	Niños de 8-12 años y padres de niños de 8-12 años con sobrepe- so y obesi- dad
	Índice de Masa Corporal: indicador antropométrico que se emplea para clasificar obesidad y sobrepeso Es igual al peso (kg) dividido entre la estatura (m) al cuadrado.	Cuantitati- va Continua	Medida Antropo- métrica	Peso Talla	a) Bajo peso: <18.5 b) Normopeso: 18.5-24.9 c) Sobrepeso: 25-29.9 d) Obesidad gl: 30-34.9	Ficha antropo métrica	Padres de niños de 8-12 años con sobrepe- so y obesi- dad

					e) Obesidad GII: 35-39.9 f) Obesidad morbida:40- 49.9 g) Obesidad extrema:>50		
	Peso corporal: cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.	Cuantitati- va Continua			Kilogramos	Ficha antropo- métrica	Niños de 8-12 años con sobrepe- so y obesida- d y padres de niños de 8-12 años con sobrepe- so y obesi- dad
	Talla: designa la altura de un individuo.	Cuantitati- va Continua			Centímetros		

	<p>Género: en términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino.</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>			<p>1) Femenino 2) Masculino</p>	<p>Ficha de identificación</p>	<p>Niños de 8-12 años con sobrepeso u obesidad y</p>
	<p>Escolaridad: tiempo que un individuo acude a la escuela para estudiar, su duración mínima es el que dura la enseñanza obligatoria</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>			<p>Niños: a) 2º de primaria, b) 3º de primaria, c) 4º de primaria, d) 5º de primaria, e) 6º de primaria</p> <hr/> <p>Padres: a) Primaria incompleta</p>		<p>padres de niños de 8-12 años con sobrepeso y obesidad</p>

					<ul style="list-style-type: none"> b) Primaria completa c) Secundaria completa d) Secundaria incompleta e) Preparatoria incompleta f) Preparatoria completa g) Licenciatura incompleta h) Licenciatura completa 		
	<p>Ocupación: Trabajo, empleo u oficio.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>			<ul style="list-style-type: none"> a) empleado b) Comerciante c) Obrero d) Ama de casa e) Desempleado 		<p>Padres de niños de 8-12 años con sobrepeso y obesidad</p>

12.5. Población de estudio.

12.5.1. Universo de trabajo 1:

El universo de trabajo se enfocó a padres de niños con obesidad y sobrepeso.

12.5.2. Universo de trabajo 2:

El universo de trabajo se enfocó también a niños de 8-12 años con obesidad y sobrepeso.

12.5.3. Población de estudio 1:

Padres de niños con sobrepeso y obesidad.

12.5.4. Población de estudio 2:

Niños de ambos sexos en edad de 8-12 años con obesidad y sobrepeso de la UMF número 1 de la delegación Aguascalientes.

12.5.5. Unidad de análisis 1:

Padres de niños con sobrepeso y obesidad.

12.5.6. Unidad de análisis 2:

Niños de ambos sexos en edad de 8-12 años con sobrepeso y obesidad de la UMF número 1.

12.6. Muestra.

12.6.1. Tipo de muestreo:

Para el presente estudio se realizó un muestreo probabilístico aleatorio.

12.6.2. Criterios de inclusión 1:

Padres de niños con sobrepeso y obesidad de 8-12 años derechohabientes de la UMF No. 01 delegación Aguascalientes.

12.6.3. Criterios de inclusión 2:

Niños con sobrepeso y obesidad de 8-12 años derechohabientes de la UMF No. 01 delegación Aguascalientes.

12.6.4. Criterios de Exclusión 1:

- Niños con obesidad y sobrepeso menores a 8 años y mayores de 13 años.
- Niños sin sobrepeso y obesidad.

12.6.5. Criterios de Exclusión 2:

- Padres de niños con obesidad y sobrepeso menores a 8 años y mayores de 13 años
- Papas con niños sin sobrepeso ni obesidad.

12.6.6. Criterios de eliminación 1:

- Padres de niños con sobrepeso y obesidad de 8-12 años que no deseen participar en el estudio.
- Aquellos que no contesten al menos el 80% del cuestionario.

12.6.7. Criterios de eliminación 2:

- Niños con sobrepeso y obesidad de 8-12 años que no deseen participar en el estudio.
- Aquellos que no contesten al menos el 80% del cuestionario.

12.6.8. Tamaño de la muestra: 372
Total, de población: 11,257.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{11,257 * 95\% (0.05 * 0.95)}{5\% * (11,257 - 1) + (95\%)^2 * 5\% * 0.95} = 372$$

Donde:

- N = se refiere al total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = se refiere a la proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = se refiere a la precisión (en su investigación use un 5%).

Por cuestiones de pandemia no se pudieron acumular las muestras en su totalidad.

12.7. Descripción general del estudio

El universo de trabajo se enfocó a los padres de niños con sobrepeso u obesidad y Niños de 8-12 años con obesidad y sobrepeso. Se aplicó una encuesta a los padres de niños en edad escolar con obesidad y alfa de Cronbach de 0,73. Se utilizó un segundo instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para la población infantil, el cual tiene una buena fiabilidad, validez y aceptabilidad para ser empleado en la población infantil en general (desde los 8 años). El Alfa de Cronbach fue superior a 0,70 en todas sus dimensiones y en cuanto al análisis de datos se utilizó el Programa de Software STATA.

12.8. Instrumento de medición:

Se utilizó el instrumento FANTÁSTICO para medir estilos de vida saludable en los padres de niños con sobrepeso y obesidad de 8-12 años, el cual cumple con criterios de validez de contenido, validez aparente, validez de constructo, validez de criterio, con alfa de Cronbach de 0,73, $p < 0,01$.

Este cuestionario consta de 10 dimensiones: 1) F: amigos y familia, 2) A: Actividad física asociatividad, 3) N: nutrición, 4) T: tabaquismo, 5) A: Otras drogas y alcohol., 6) S: estrés , sueño, 7) T: Tipo de personalidad y trabajo., 8) I: introspección, 9) C: conducta sexual, control de salud, 10) O: otras conductas (como pasajero del transporte público, peatón, uso de cinturón de seguridad, sigo las reglas, y tengo claro el objetivo de mi vida); presenta tres elecciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada ítem y se evalúan por medio de una escala tipo Likert, con una calificación que va de 0 a 120 puntos.

Este rango de valores es clasificado en las siguientes categorías:

0-46: estas en zona de peligro.

47-72: podrías mejorar algo bajo.

73-84: adecuado, estas bien.

85-102: buen trabajo estas en el camino correcto.

103-120: tienes un estilo de vida Fantástico, felicitaciones. (36)(50)

Se utilizó un segundo instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a los infantes con obesidad y sobrepeso de 8 a 12 años, el cual tiene una buena fiabilidad, validez y aceptabilidad, para ser aplicado en niños (desde de los 8 años). El Alfa de Cronbach fue superior a 0,70 en todas sus dimensiones, ($p > 0.5$).

Las respuestas a los ítems se categorizan en una escala de 5 opciones tipo Likert, que evalúa la intensidad del atributo en la mayoría de las preguntas en un periodo recordatorio de una semana. (49)(35)

Este cuestionario consta de 10 dimensiones:

1) Bienestar físico (5 ítems), 2) Bienestar psicológico (6 ítems), 3) Autopercepción (5 ítems), 4) Estado de ánimo y emociones (7 ítems), 5) Autonomía (5 ítems), 6) Relación con los padres y vida familiar (6 ítems), 7) Amigos y apoyo social (6 ítems), 8) Aceptación social (3 ítems), 9) Entorno escolar (6 ítems), 10) Recursos económicos (3 ítems). (49)(35)

Este cuestionario cuenta con escalas de frecuencia e intensidad, con un recorrido de 1-5 puntos registrada en la escala de Likert y de los 52 ítems, 13 se encuentran con sentido de la escala invertido. Estas puntuaciones fueron estandarizadas en una escala de 0-100, donde las puntuaciones deben interpretarse en el sentido de que a mayor valor mejor calidad de vida relacionada con la salud. El puntaje para cada dimensión se obtiene, calculando el promedio de las respuestas y transformando dichos puntajes en un conjunto lineal continuo utilizando un modelo RASCH, luego se estandariza con un desvío estándar de 10 puntos y una media de 50. La puntuación de la escala se toma como indicador de cada dimensión de la CVRS que puede interpretarse como mejor CVRS o mayor bienestar a mayor puntuación, siendo valores críticos de malestar las puntuaciones de -0,5 (puntuación <45) y -1 DE (puntuación <40). (49)(35)

12.9. Logística

El inicio del trabajo se dio al obtener la autorización del presente protocolo por el comité de investigación de la delegación Aguascalientes, posteriormente se solicitó permiso del director de la unidad de medicina familiar número 1 delegación Aguascalientes perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, jefes de clínica y a los padres de familia para la aplicación de las encuestas de estilo de vida FANTÁSTICO para los padres de niños con obesidad y sobrepeso de 8-12 años y KIDSCREEN-52 de calidad de vida para niños con obesidad y sobrepeso de 8-12 años, pertenecientes a la UMF No. 1.

A los derechohabientes que desearon participar se les entregó un consentimiento informado (anexo) el cual se pidió que lo firmaran y leyeran, explicando a los padres y a sus hijos que se trata de un cuestionario que consta de varias preguntas relacionadas a la calidad de vida y estilo de vida, resolviendo todas las dudas existentes por parte del entrevistado y de los

padres del entrevistado. Una vez terminada la aplicación de los cuestionarios se realizará un análisis estadístico.

12.10. Técnica de recolección de datos

Se llevó a cabo una entrevista directa y personal con cada participante, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el entrevistador; que se realizó en el consultorio médico.

Al abordar a los entrevistados se les explicará detalladamente que fueron seleccionados para la realización de estas encuestas, se les comentará en que consiste cada cuestionario, se dará a conocer la carta de consentimiento informado tanto a los padres como al niño por parte del entrevistador y se les pedirá que firmen si están de acuerdo en participar en el presente estudio. Posteriormente se procederá a realizar las encuestas, teniendo la certeza de que los encuestados entiendan las preguntas, así como las posibles respuestas.

Al finalizar las entrevistas procederemos a la toma de peso en kilogramos, medición de talla en centímetros para posteriormente estadificar en las gráficas de la OMS para peso para la edad y peso para la talla en niños (as) y con ello clasificar según el estadio de la OMS.

12.11. Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico para las variables sociodemográficas para lo cual se utilizó estadística descriptiva como media, mediana, moda, frecuencia, rango, promedio y desviación estándar, así mismo se empleó la misma estadística para la medición de instrumento por separado. Para la correlación de los instrumentos fantástico y kidscreen-52 se utilizó estadística inferencial mediante coeficientes de correlación Pearson y Spearman, así como regresión lineal.

12.12. ASPECTOS ETICOS.

De acuerdo a las normas éticas, la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18, así como códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, se explicó a cada participante y a sus padres el motivo del estudio, en donde sus datos personales, socioeconómicos, sociodemográficos y de

salud se utilizaron solo con fines de investigación del presente estudio. En los lineamientos y políticas en materia de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo se utilizarán para fines de investigación, se solicitará su autorización verbal y por medio del consentimiento informado anexo a este documento firmada por el investigador y el participante toda su información permanecerá anónima, se tendrá además por escrito la declaración en donde se respetarán los principios contenidos en la enmienda de Tokio, el informe de Belmont, el Código de Nuremberg, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos y la Declaración de Helsinki. El presente protocolo se consideró de riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17, fracción II.

12.13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Tecnológicos y Materiales:

- Computadora Personal
- Impresora
- Conexión a Internet
- Programa de Software STATA
- Calculadora
- Cinta métrica
- Báscula digital
- Fotocopias
- Hojas de impresión
- Lápices y bolígrafos

Presupuesto:

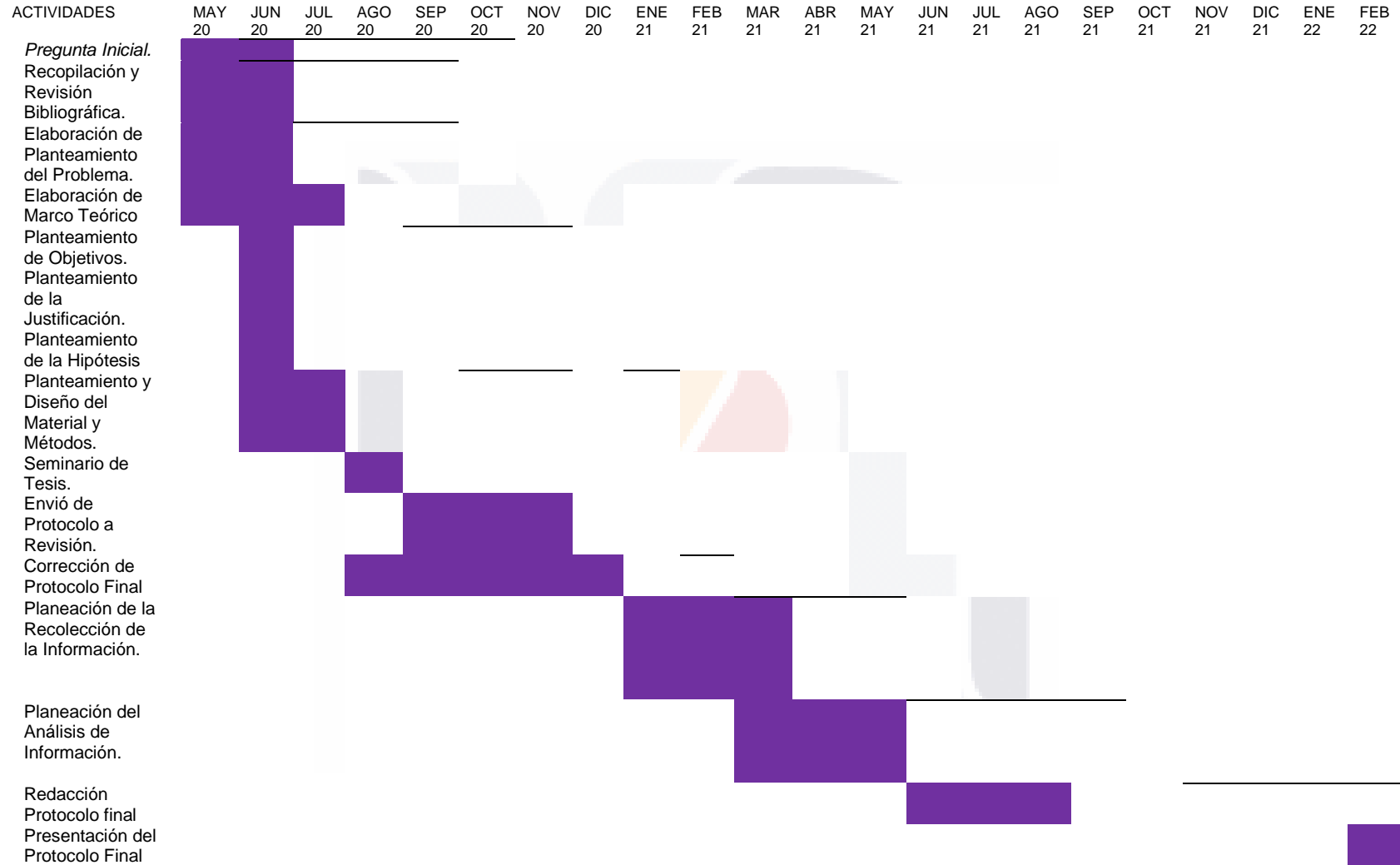
Todos los recursos necesarios para la elaboración de este estudio fueron financiados por el tesista interesado en el presente protocolo.

Hoja de gastos:

Para el plan de trabajo de este estudio, participo un médico residente de la especialidad de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, quien se encargó de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes; así como de la medición de peso y talla de los entrevistados.

Categoría	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Lapiceros	\$10.00 MN	5	\$50.00 MN
Gomas	\$10.00 MN	3	\$30.00 MN
Hojas tamaño carta	\$80.00 MN (paquete)	2	\$160.00MN
Cartucho de tinta	\$340 .00 MN	1	\$340.00 MN
Memoria USB 16 GB	\$200.00 MN	1	\$200.00 MN
Engrapadora	\$80.00 MN	2	\$160.00MN
Grapas	\$20.00 MN	2	\$40.00MN
Fotocopias	\$1.00 centavos	400	\$400.00 MN
Tabla recolectora	\$50.00 MN	3	\$150.00MN
Laptop DELL	\$10,000.00 MN	1	\$10,000.00MN
Cinta métrica	\$20.00 MN	1	\$20.00MN
Báscula	\$1,000.00 MN	1	\$1,000.00MN
		TOTAL	\$12,550.00MN

12.14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



13.RESULTADOS

13.1. Socio demográficos de los niños

Se realizó un total de 175 encuestas donde se encontró que la mayoría de encuestados son menores de 9 años que representa el 30.9% del total, seguido por menores de 8 años que representa el 28%. como se muestra en la gráfica 1 y su respectiva tabla.

1. Distribución de la edad en niños

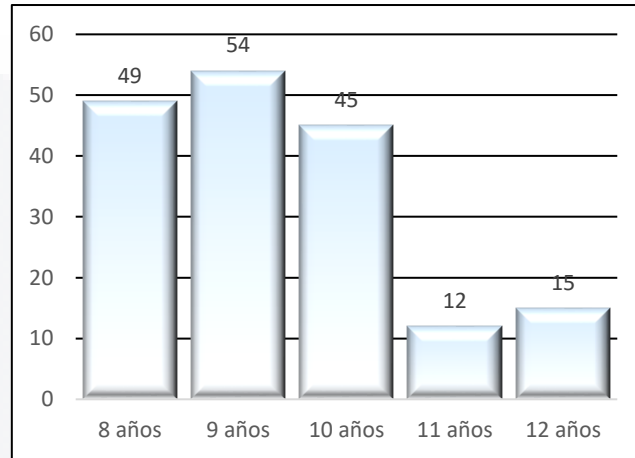


Tabla 1. Distribución de la edad en niños

	Frecuencia	Porcentaje
8 años	49	28.0%
9 años	54	30.9%
10 años	45	25.7%
11 años	12	6.9%
12 años	15	8.6%
Total	175	100.0%

fuelle: instrumento aplicado

Se muestra que la mayoría de los menores encuestados cursan el cuarto de primaria con el 32.6% seguido de los menores que cursan quinto de primaria con el 28% y con un 24% en tercero de primaria.

Tabla 2. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto de primaria	57	32.6%
Primero de secundaria	13	7.4%
Quinto de primaria	49	28.0%
Sexto de primaria	14	8.0%
Tercero de primaria	42	24.0%
Total	175	100.0%

fuentes: instrumento aplicado

Se encontró que el 62% de los menores son del género femenino mismo que se concentra la mayor población del estudio, y los menores de género masculino con una concentración de 38%.

2. Genero

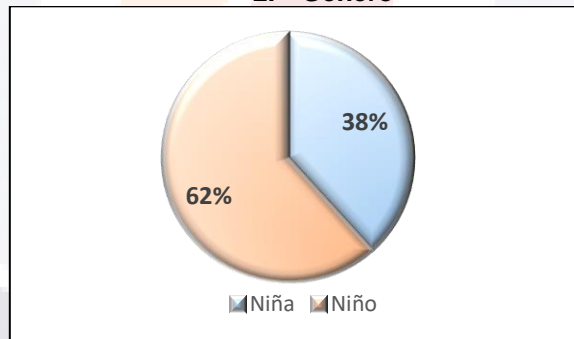


Tabla 3. Genero

	Frecuencia	Porcentaje
Niña	67	38.3%
Niño	108	61.7%
Total	175	100.0%

fuentes: instrumento aplicado

De la dimensión peso de los menores se tiene un promedio general de 38.19kg, una desviación estándar de 8.54kg, un mínimo y máximo de 26.8kg y 93.2kg respectivamente; un promedio de 38.80 kilogramos en niñas y por otra parte el promedio 37.81 kilogramos en niños, y a su vez una desviación de 7.27 kg en niñas, 9.26 kg en niños, un mínimo de 28.2 kg y 26.8 kg en niñas y niños respectivamente; máximos de 58.6 kg y 93.2 kg en niñas y niños.

Tabla 4. Peso

	Promedio de Peso (kg)	Desvest de Peso (kg)	Mín. de Peso (kg)	Máx. de Peso (kg)
Niña	38.80	7.27	28.2	58.6
Niño	37.81	9.26	26.8	93.2
Total	38.19	8.54	26.8	93.2

fuelle: instrumento aplicado

En la siguiente tabla se muestra la talla de la población de los menores entrevistados los cuales nos muestra que el promedio de talla es 85.16cm y 90.82cm para niña y niño respectivamente; una desviación estándar de 7.45cm y 6.08cm, un mínimo de 122cm y 120cm para niño y niña respectivamente, y en la parte de los máximos encontramos que coinciden las tallas con 149cm.

Tabla 5. talla

Talla	Promedio de Talla (cm)	Desvest de Talla (cm)	Mín. de Talla (cm)	Máx. de Talla (cm)
Niña	85.16	7.45	122	149
Niño	90.82	6.08	120	149
Total	88.65	6.69	120	149

fuelle: instrumento aplicado

Se recabo que la mayoría de los menores consumen bebidas gaseosas 1 vez al día con un 55.4% de la respuesta, seguido de los menores que consumen 2 o 3 veces al día dichas bebidas con un 39.4%.

Tabla 6. Frecuencia De Consumo De Bebidas Gaseosas

	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al día	97	55.4%
2 o 3 veces al día	69	39.4%
más de 3 veces al día	6	3.4%
una vez a la semana	3	1.7%
Total	175	100.0%

fuelle: instrumento aplicado

Tabla 7. Consumo De Comida Chatarra Y Azucars

	Frecuencia	Porcentaje
Alguna de estas	57	32.6%
Todas estas	118	67.4%
Total	175	100.0%

fuelle: instrumento aplicado

13.2. Actividad física

En la dimensión de Actividad Física y Salud presenta resultados los cuales muestran que los menores describen que su salud es buena y su estado se mantiene de igual manera, sin embargo, también describe que los menores han realizado muy poca actividad física o nula lo cual nos ayuda a interpretar que los menores contestaron de manera negativa el sentir energías para realizar actividades físicas.

Tabla 8. Actividad Física Y Salud

	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
En general, ¿Cómo dirías que es tu salud?	0	0	153	22	0
¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	0	71	104	0	0
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Has estado físicamente activo(a)(por ejemplo, corriendo, escalando, andando en bicicleta)?	67	107	1	0	0
¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	16	59	100	0	0
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido lleno(a) de energía?	1	42	132	0	0

Fuente: instrumento aplicado

13.3. Sentimientos

En la dimensión Tus sentimientos los menores expresaron que han disfrutado su vida y están conformes o contentos con su estilo de vida, sin embargo, su estado de ánimo ha estado intermitente ya que se mostraban dudosos al momento de contestar las preguntas pertinentes para conocer este aspecto.

Tabla 9. Tus Sentimientos.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Has disfrutado la vida?	0	0	29	145	1
¿Te has sentido contento (a) de estar vivo(a)?	0	0	23	150	2
¿Te has sentido satisfecho (a) con tu vida?	0	16	7	151	1
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has estado de buen humor?	0	0	174	1	0
¿Te has sentido alegre?	1	0	173	1	0
¿La has pasado bien?	0	0	74	101	0

Fuente: instrumento aplicado

13.4 Estado de animo

En la dimensión Estado de ánimo se encontró que las respuestas están concentradas en el punto donde los menores han experimentado cambio de su estado de ánimo lo cual nos da a conocer que están indecisos en la cuestión de su respuesta; los menores presentan un estado de ánimo bajo o intermedio ya que la mayoría de la población se encuentran en el ítem “algunas veces”.

Tabla 10. Estado De Ánimo.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	0	125	49	1	0
¿Te has sentido triste?	0	6	153	16	0
¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	26	2	147	0	0
¿Has sentido que en tu vida todo sale mal?	0	120	54	1	0
¿Te has sentido harto(a)?	0	31	144	0	0
¿Te has sentido solo(a)?	0	24	134	17	0
¿Te has sentido presionado (a)?	0	0	113	62	0

Fuente: instrumento aplicado

13.5. Sobre ti

Los menores entrevistados están conformes con su forma de ser, sin embargo, les gustaría que su aspecto fuera diferente al actual.

Tabla 11. Sobre Ti.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has estado contento con tu forma de ser?	0	0	148	26	1
¿Has estado contento (a) con la ropa que usas?	0	61	113	1	0
¿Has estado incómodo (a) por cómo te ves físicamente?	0	3	87	85	0
¿Has tenido envidia de cómo se ven otros (as) niños(as)?	0	20	115	40	0
¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?	0	3	131	41	0

Fuente: instrumento aplicado

13.6. Tiempo libre

Tu tiempo libre muestra que los niños no tienen mucho tiempo libre para poder desarrollar sus actividades de recreación respecto que las respuestas son negativas, la mayoría de los menores contestaron que no tienen dicho aspecto en su estilo de vida.

Tabla 12. Tu Tiempo Libre.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	0	0	175	0	0
¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	0	138	37	0	0
¿Has tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre?	44	129	2	0	0
¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con amigos (as)?	137	38	0	0	0
¿Has podido elegir qué haces en tu tiempo libre?	0	93	81	1	0

Fuente: instrumento aplicado

13.7. Vida familiar

En cuanto a la evaluación de la vida familiar se muestra que el entendimiento de padres hacia los hijos no es el mejor lo cual puede ser un aspecto importante en el análisis, por otro lado, los menores se sienten felices en sus respectivos hogares.

Tabla 13. Tu Vida Familiar.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Te han entendido tus padres?	28	147	0	0	0
¿Te has sentido querido(a) por tus padres?	0	148	26	1	0
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has sentido feliz en casa?	0	0	170	4	1
¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	16	136	23	0	0
¿Tus padres te han tratado de forma justa?	0	0	98	77	0
¿Has podido hablar con tus padres cuando lo has querido?	0	1	171	3	0

Fuente: instrumento aplicado

13.8. Asuntos económicos

En la dimensión Asuntos económicos se obtuvo que la perspectiva de los menores es negativa ya que muestran una inconformidad por no contar los recursos para realizar actividades con sus amigos, así mismo, no han prescindido de los gastos para sus necesidades personales.

Tabla 14. Asuntos Económicos.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos(as)?	0	1	174	0	0
¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	0	1	174	0	0
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Tienes dinero suficiente para realizar actividades con tus amigos(as)?	1	125	49	0	0

Fuente: instrumento aplicado

13.9. Tus amigos

En la dimensión tus amigos, se muestra que los menores tienen una buena comunicación con sus amigos, no obstante, las actividades físicas o recreativas se han visto afectadas por algún motivo ya que la mayoría contestó de manera negativa a la interrogante de dicho aspecto.

Tabla 15. Tus Amigos(As).

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has pasado tiempo con tus amigos(as)?	0	148	27	0	0
¿Has realizado actividades con otros(as) niños(as)?	0	174	1	0	0
¿La has pasado bien con tus amigos(as)?	0	1	173	1	0
¿Tu y tus amigos(as) se han ayudado entre ustedes?	0	125	49	1	0
¿Has podido hablar de todo con tus amigos(as)?	0	0	150	25	0
¿Has podido confiar en tus amigos(as)?	0	0	150	25	0

Fuente: instrumento aplicado

13.10. Colegio

En la dimensión El colegio se muestran los resultados que los menores entrevistados tienen una respuesta satisfactoria en sus respectivos colegios o instituciones educativas ya que las respuestas reflejan un positivismo en este aspecto.

Tabla 16. El Colegio.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Te has sentido feliz en el colegio?	0	68	107	0	0
¿Te ha ido bien en el colegio?	0	46	104	25	0
¿Te has sentido satisfecho(a) con tus profesores(as)?	0	60	89	26	0

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has sido capaz de poner atención?	0	0	150	25	0
¿Te ha gustado ir al colegio?	0	81	94	0	0
¿Te has llevado bien con tus profesores(as)?	0	0	149	26	0

Fuente: instrumento aplicado

13.11. Clima escolar

En la dimensión Clima escolar se puede ver que los menores en la escuela llegan a sentirse amenazados o con temor ya que los resultados muestran un que han sufrido algún tipo de maltrato, todo esto ya que la mayoría de las respuestas fueron positivas al aspecto del sufrimiento de algún tipo de maltrato.

Tabla 17. Clima Escolar.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has tenido miedo de otros(as) niños(as)?	25	2	102	22	24
¿Se han burlado de ti otros(as) niños(as)?	0	1	3	126	45
¿Te han amenazado o maltratado (física o psicológicamente)?	0	25	4	101	45

Fuente: instrumento aplicado

13.12. Socio demográficos de los padres de familia

Se realizó un total de 175 entrevistas en las cuales se muestran los resultados que la mayoría de los padres de familia encuestados comprenden las edades dentro del rango de 31 a 36 años de edad con un 48% de la totalidad, seguido de los padres de edades entre los 37 y 45 años de edad con un 29.7% del total de padres encuestados.

3. Edad de los padres de familia

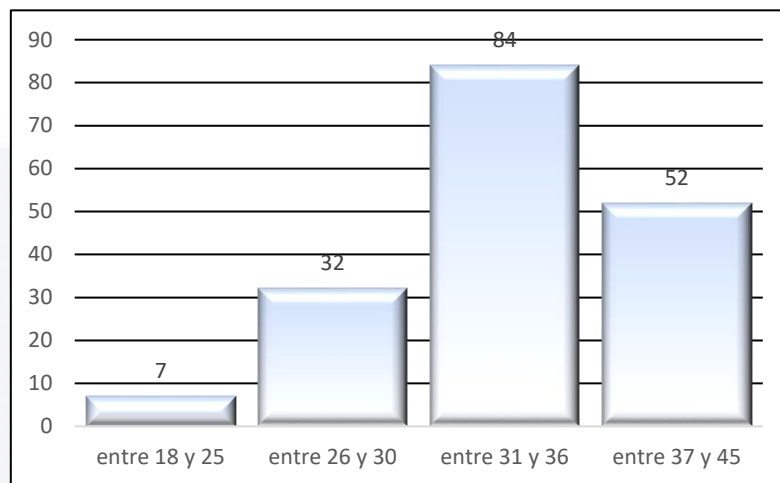


Tabla 18. Edad de los padres de familia

	Frecuencia	Porcentaje
entre 18 y 25	7	4.0%
entre 26 y 30	32	18.3%
entre 31 y 36	84	48.0%
entre 37 y 45	52	29.7%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Los resultados reflejan que la mayoría de la población fueron las madres con un 93% de la totalidad, dejando solo un 7% para los padres, mostrando que la mayoría de personas entrevistadas fueron del género femenino.

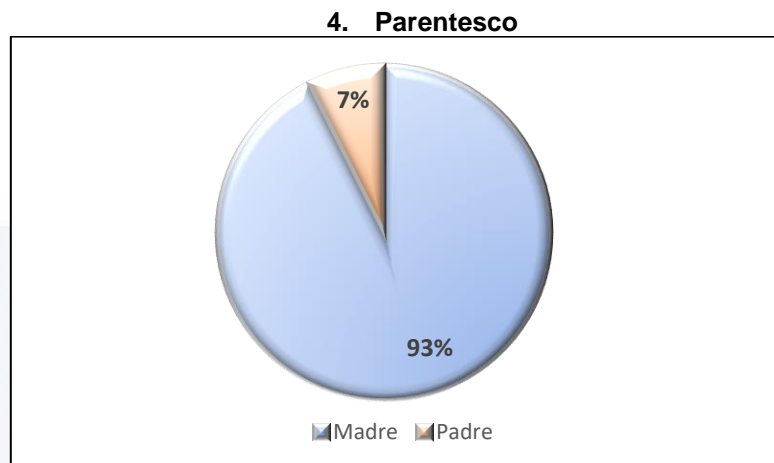


Tabla 19. Parentesco

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	162	92.6%
Padre	13	7.4%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.13. Estaturas de los padres de familia

En la dimensión de la estatura el promedio de los datos globales es de 162.84cm, una desviación estándar de 8.90cm; mínimo de 148cm y un máximo de 185cm, para el género femenino el promedio de estatura es de 161.74cm y para el masculino es de 176.53cm

Tabla 20. Estaturas de los padres de familia

	Promedio	Desvest	Mín.	Máx.
Femenino	161.74	8.15	148	180
Masculino	176.53	6.23	165	185
Total	162.84	8.90	1.48	180

Fuente: instrumento aplicado

13.14. Peso de los padres de familia

El peso promedio de la población es de 80.49kg, con una desviación estándar de 14.23kg; mínimo de 58kg y un máximo de 110kg, para el promedio del género femenino es de 76.20kg y por su parte el género masculino cuenta con un promedio de 100.14kg

Tabla 21. Peso de los padres de familia

	Promedio	Desvest	Mín.	Máy.
Femenino	76.20	11.59	58	110
Masculino	100.14	6.23	90	110
Total	80.49	14.23	58	110

Fuente: instrumento aplicado

13.15. Índice de masa corporal

El resultado referente al índice de masa corporal nos muestra que la mayoría de los padres de familia encuestados se encuentran con sobrepeso con un 52% de la totalidad de personas entrevistadas, seguido de los que sufren obesidad grado I con un 40.6% y el restante de la población acumulando un 6.4% (normal, obesidad grado II y obesidad grado III).

Tabla 22. Índice de masa corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Normal 18.5-24.99	4	2.3%
Obesidad GI 30-34.99	71	40.6%
Obesidad GII 35-39.99	7	4.0%
Obesidad GIII 40 o más	2	1.1%
Sobrepeso 25-29.99	91	52.0%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.16. Ocupación de los padres de familia

Referente a la ocupación de los padres de familia el 44% se dedica al comercio, seguido los obreros con un 21.1%, un 18.3% son amas de casa y el resto del porcentaje comprendido de 16.06% (empleado, desempleado)

5. Ocupación de los padres de familia

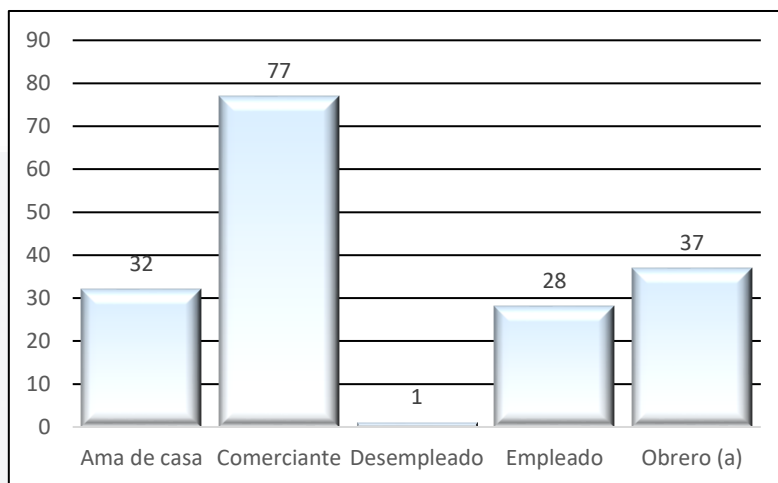


Tabla 23. Ocupación de los padres

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	32	18.3%
Comerciante	77	44.0%
Desempleado	1	0.6%
Empleado	28	16.0%
Obrero (a)	37	21.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.17. Escolaridad de los padres de familia

Referente al nivel máximo de estudio de los padres de familia los resultados indican que la mayoría tiene la secundaria incompleta con un 44%; 18.3% con secundaria completa y mostrando que el mínimo porcentaje de este aspecto lo abarca las personas con una licenciatura incompleta comprendido en el 2.3% de la totalidad de encuestados

Tabla 24. Escolaridad de los padres de familia

	Frecuencia	Porcentaje
licenciatura completa	17	9.7%
licenciatura incompleta	4	2.3%
preparatoria completa	18	10.3%
preparatoria incompleta	16	9.1%
primaria completa	11	6.3%
secundaria completa	32	18.3%
secundaria incompleta	77	44.0%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.18. Percepción de los padres de familia hacia sus hijos

La percepción de los padres hacia sus hijos sobre el peso normal es del 88.57% y encontrando que el 4% de la población perciben a sus hijos con sobrepeso y un 4% ven a sus hijos con obesidad.

Tabla 25. Percepción de los padres hacia sus hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Con obesidad	7	4.00%
Con sobrepeso	13	7.43%
Normal	155	88.57%
Total general	175	100.00%

Fuente: instrumento aplicado

13.19. Familia y amigos

En la dimensión de familia y amigos los padres de familia tienen con quien hablar de las cosas personales importantes “casi siempre” con el 50.9%, mientras que el 39.4% “a veces” cuentan con alguien para hablar, por otro lado, el 54.9% “a veces” da y recibe cariño y un 41.7% siempre cumple con el aspecto antes mencionado.

Tabla 26. Familia y amigos, Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	69	39.4%
Casi nunca	17	9.7%
Casi siempre	89	50.9%
Total general	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 27. Familia y amigos. Yo doy y recibo cariño

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	96	54.9%
Casi nunca	6	3.4%
Casi siempre	73	41.7%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.20. Actividad física

Los resultados en la dimensión actividad física comprenden que el 84.6% “casi nunca” realiza actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín), y un 14.3% “a veces” realiza dichas acciones; por otro lado, un 95.4% hace ejercicio de forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta o caminar) menos de una vez por semana.

Tabla 28. Yo realizo actividad física (caminar. subir escaleras. trabajo de la casa. hacer el jardín)

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	25	14.3%
Casi nunca	148	84.6%
Casi siempre	2	1.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 29. Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta o caminar)

	Frecuencia	Porcentaje
1 o 3 veces por semana	6	3.4%
4 o más veces por semana	2	1.1%
Menos de 1 vez por semana	167	95.4%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

En la dimensión de nutrición el 64% de la población asegura que “casi nunca” tiene una alimentación balanceada y un 36% a veces logra mantener una alimentación balanceada; con respecto al consumo de mucha azúcar o comida chatarra o con mucha grasa

Tabla 30. Mi alimentación es balanceada

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	63	36.0%
Casi nunca	112	64.0%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 31. A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa

	Frecuencia	Porcentaje
Alguna de estas	32	18.3%
Todas estas	143	81.7%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 32. Estoy pasado a mi peso ideal en

	Frecuencia	Porcentaje
5-8 kilos de más	31	17.7%
más de 8 kilos	128	73.1%
Normal o hasta 4 kilos de más	16	9.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.21. Tabaquismo

En la dimensión de tabaco los resultados muestran que el 49% no han fumado en el último año, un 37.7% de personas que han fumado en al año de este estudio y un 13.1% que no ha fumado en los últimos 5 años, a su vez las personas que fuman de 0 a 10 representan el 64% y un 29.7% que no ha fumado ningún cigarrillo.

Tabla 33. Tabaco. Yo fumo cigarrillos

	Frecuencia	Porcentaje
He fumado este año	66	37.7%
No en el último año	86	49.1%
No en los últimos 5 años	23	13.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 34. Generalmente fumo cigarrillos por día

	Frecuencia	Porcentaje
0-10	112	64.0%
Más de 10	11	6.3%
ninguno	52	29.7%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.22. Alcohol

En la dimensión de alcohol los resultados indican que el 56.6% beben de 0-7 tragos; las personas que beben de 8 a 12 tragos representan el 42.9%, así mismo la población sólo bebe ocasionalmente con el 68% de la población entrevistada y el 97% nunca maneja cuando consume bebidas alcohólicas.

Tabla 35. Alcohol. Mi número promedio de tragos por semana es de

	Frecuencia	Porcentaje
0-7 tragos	99	56.6%
8-12 tragos	75	42.9%
Más de 12 tragos	1	0.6%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 36. Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	8	4.6%
Nunca	48	27.4%
Ocasionalmente	119	68.0%
Total	175	100.0%

Tabla 37. Manejo el auto después de beber alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	3	1.7%
Nunca	97	55.4%
Solo rara vez	75	42.9%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.23. Sueño y estrés

Respecto a la dimensión de sueño y estrés los resultado fueron que la población “a veces” duerme y se siente cansado con un 38.3%; “casi nunca” duerme bien y se siente cansado con el 31.4% de la población; así mismo el 82.3% de los entrevistados “a veces” se siente capaz de manejar el estrés o la tensión de su vida, seguido del 12.6% casi siempre maneja este aspecto; por otro lado el 49.1% “a veces” disfruta de su tiempo libre, seguido de los encuestados que “casi nunca” disfrutaran de su tiempo libre con el 30.9% de la población entrevistada.

Tabla 38. Duermo bien y me siento descansado (a)

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	67	38.3%
Casi nunca	55	31.4%
Casi siempre	53	30.3%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 39. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	144	82.3%
Casi nunca	9	5.1%
Casi siempre	22	12.6%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 40. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	86	49.1%
Casi nunca	54	30.9%
Casi siempre	35	20.0%
Total	175	100.0%

13.24. Tipo de personalidad

En la dimensión de tipo de personalidad el 76.6% “algunas veces” siente que está acelerado, el 18.3% “a menudo” se siente acelerado, de igual manera el 56% “algunas veces” se siente enojado o agresivo y el 41.7% casi nunca presenta dicho estado.

Tabla 41. Parece que ando acelerado (a)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	32	18.3%
Algunas veces	134	76.6%
Casi nunca	9	5.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 42. Me siento enojado o agresivo (a)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	4	2.3%
Algunas veces	98	56.0%
Casi nunca	73	41.7%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.25. Introspección

En la dimensión introspección los entrevistados expresaron que “casi nunca” son pensadores positivos u optimista con un 69.7%, el 19.4% “a veces” son pensadores positivos u optimistas; el 82.9% de la población “a veces” se siente tenso o apretado, seguido del 13.1% que casi siempre está con el estado antes mencionado, y el 53.1% “a veces” se encuentran deprimidos y el 46.3% casi nunca se encuentran deprimidos.

Tabla 43. Yo soy un pensador positivo u optimista

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	34	19.4%
Casi nunca	122	69.7%
Casi siempre	19	10.9%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 44. Yo me siento tenso(a) o apretado(a)

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	145	82.9%
Casi nunca	7	4.0%
Casi siempre	23	13.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 45. Yo me siento deprimido(a) o triste

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	93	53.1%
Casi nunca	81	46.3%
Casi siempre	1	0.6%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.26. Conducción Trabajo

Respecto a la conducción trabajo los entrevistados “siempre” usan el cinturón de seguridad, seguido de los que sólo “a veces” usan el cinturón con un 69.7%; el 55.4% “a veces” están satisfechos con su trabajo o actividades realizadas y el 40.6% aseguran que “casi siempre” están satisfechos con dichos aspectos.

Tabla 46. Uso siempre el cinturón de seguridad

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	40	22.9%
Casi nunca	13	7.4%
Siempre	122	69.7%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 47. Yo me siento satisfecho(a) con mi trabajo o mis actividades

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	97	55.4%
Casi nunca	7	4.0%
Casi siempre	71	40.6%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

13.27. Otras drogas

En la dimensión de otras drogas el 57.7% “nunca” ha consumido marihuana u otras drogas del estilo, seguido del 30.9% de los entrevistados que “ocasionalmente” las consumen; el 77.1% “ocasionalmente” usa de manera excesiva los remedios que le indican o puede comprar sin receta, seguido de los que “a menudo” realizan la acción con el 14.3% de respuestas de los entrevistados. El 73.7% beben café, té o bebidas de cola que tienen cafeína de 3 a 6 veces al día, y el 16% solo lo hacen meno de 3 veces al día.

Tabla 48. Uso drogas como marihuana. cocaína o pasta base

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	20	11.4%
Nunca	101	57.7%
Ocasionalmente	54	30.9%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 49. Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta

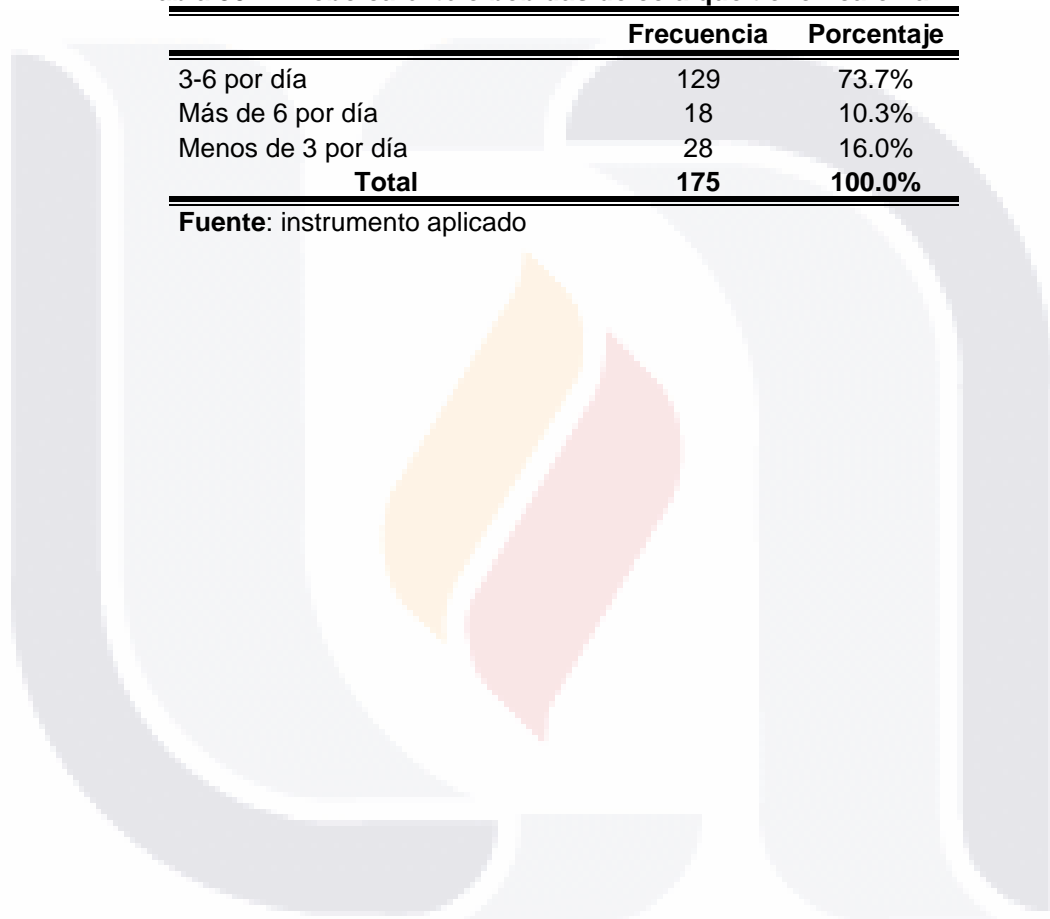
	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	25	14.3%
Nunca	15	8.6%
Ocasionalmente	135	77.1%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado

Tabla 50. Bebo café, té o bebidas de cola que tienen cafeína

	Frecuencia	Porcentaje
3-6 por día	129	73.7%
Más de 6 por día	18	10.3%
Menos de 3 por día	28	16.0%
Total	175	100.0%

Fuente: instrumento aplicado



13.28. Análisis de correlación

En el análisis de los datos globales el promedio de estos datos con respecto a los padres es de 46.75, con una desviación estándar de 7.89, un mínimo y máximo de 26 y 66 puntos, en lo referente a los menores el promedio es de 55.54, con una desviación estándar de 4.55 y un mínimo y máximo de 40 y 64 puntos respectivamente; el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0.14, lo cual indica que la calidad de vida en niños de 8 a 12 años con sobre peso y obesidad no depende del estilo de vida de los padres.

6. Gráfica de dispersión entre puntajes globales de estilo de vida y calidad de vida

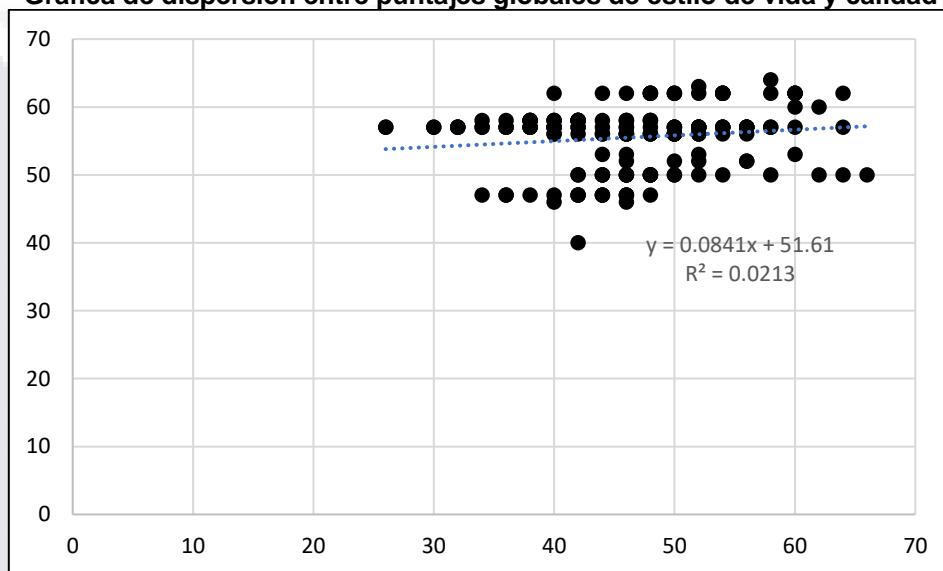


Tabla 51. Correlación entre estilo de vida de los padres y calidad de vida de los hijos

	Promedio	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	Coefficiente de correlación
Estilo de vida de los padres	46.75	7.89	26	66	0.14
Calidad de vida en los niños de 8-12 años con sobrepeso y obesidad	55.54	4.55	40	64	

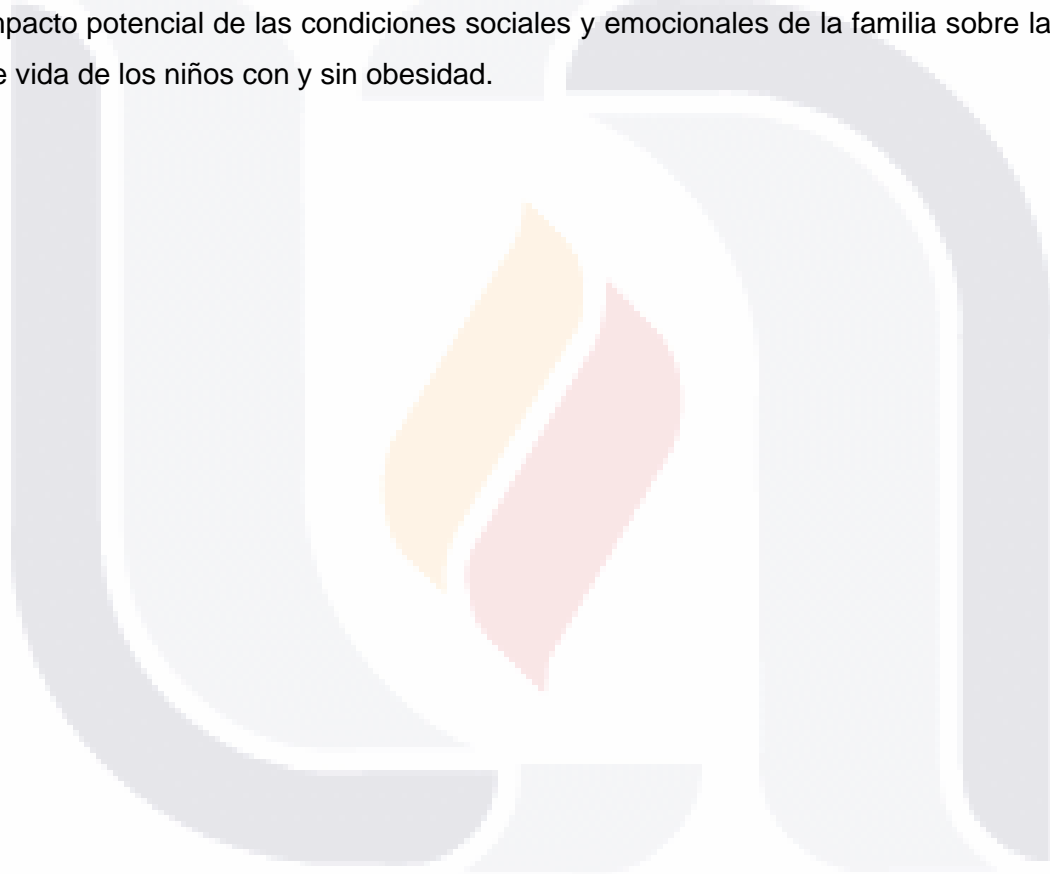
fuelle: instrumento aplicado

14. DISCUSIÓN

La obesidad infantil es el trastorno nutricional crónico con mayor prevalencia en la población infantil de México (8), así como un problema de salud pública relacionado con una rápida transición demográfica epidemiológica y nutricional (8)(9). Otros investigadores han estudiado los factores asociados a la obesidad en niños y adolescentes, a partir de enfoques distintos, cómo hacer caso de Padilla (5) y Cunha (41) quienes obtuvieron que el aumento de peso en los niños estado si ha dado con aumento de lípidos en sangre niveles de insulina y un patrimonio genético heredado, aspectos que este estudio no abordó. Sin embargo, Melissa Romero (47) obtuvo que el modelo predictivo las variables que mejor se asocian con la obesidad infantil fueron la actividad física, autoestima, cohesión social y aspectos físicos y emocionales. Situación similar que corresponden a las dimensiones de calidad de vida estudiadas en esta investigación en donde los niños con obesidad realizan actividad física de manera inconsistente, así como deficiencias en la dimensión emocional. Rodríguez Barrera (31) identificó que los escolares con sobrepeso y obesidad perciben menos aceptación social, peor estado de ánimo y poca actividad física, situaciones que fueron consistentes con los resultados de su estudio en donde los niños perciben un clima escolar negativo. Por otro lado, la relación con los padres juega un papel crucial ya que los niños con obesidad entrevistados en ese estudio percibieron que no tienen una buena relación con sus padres, resultados similares a los obtenidos por Halasi (44) quien obtuvo que los niños que tienen mejor apoyo social obtuvieron un porcentaje de grasa corporal significativamente más bajo, mostrando así que las intervenciones encaminadas para mejorar la calidad de vida de los niños con sobrepeso y obesidad deben abordar todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud especialmente con el funcionamiento emocional, social y escolar.(45)

La importancia de este estudio radica en conocer la relación estrecha entre el estilo de vida de los padres y la calidad de vida de los hijos con obesidad, ya que este tema, a pesar de que se ha abordado desde diferentes enfoques, aún no hay evidencia científica que permita establecer la relación entre ambos fenómenos. Este estudio permite una descripción detallada de las condiciones emocionales y sociales que perciben tanto los niños con obesidad como los padres de estos, a fin de establecer tanto un análisis descriptivo cómo de correlación para estos fenómenos.

Las variables que se midieron en este estudio fueron recabadas con instrumentos válidos y confiables que permite dilucidar un panorama real de este fenómeno, Sin embargo, existen limitaciones que pudieran ser superados en un estudio posterior, como lo es el tamaño de la muestra, mismo que no se recabó en su totalidad debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, situación que repercute en la validez externa de este estudio. Así mismo, se recomienda en estudios posteriores realizar un análisis estadístico a nivel de asociación con ajuste de efectos de confusión mediante regresión logística, para lo cual, también se requerirá un grupo de comparación con niños no obesos, a fin de establecer el impacto potencial de las condiciones sociales y emocionales de la familia sobre la calidad de vida de los niños con y sin obesidad.



15. CONCLUSIONES

Se completaron todos los objetivos específicos propuestos en este estudio, con respecto a los resultados sociodemográficos de los niños, con sobre peso podemos concluir que los más afectados son menores de 9 años, del género femenino que cursa el cuarto de primaria, con un peso promedio de 38kg y una talla de 88cm. Las dimensiones de calidad de vida en los niños con obesidad se concluyeron de la siguiente manera; en la dimensión de actividad física se concluye que los menores tienen buena salud respecto a los resultados obtenidos, pero también se concluye que no realizan actividad física o solo en ocasiones. Con respecto a los sentimientos, los menores se sienten felices y están conformes con sus vidas, todo se puede concluir con los resultados reflejados y su estado de ánimo es variable y sufre altibajos. Los estados de ánimo de los niños respecto a los resultados presentan que el estado de ánimo de los niños está en un punto intermedio ya que sienten que algunas veces tienen problemas o se sienten mal. La dimensión "sobre ti" mostro que los menores se sienten conformes con su forma de ser, sin embargo, se perciben inconformes con su aspecto. Con respecto al tiempo libre, los resultados indican que los niños no cuentan con el tiempo libre para realizar sus actividades recreativas y tampoco comparten tiempo con sus amigos, tampoco pueden elegir en que utilizar su tiempo libre. Con respecto a la dimensión de vida familiar, los resultados indican que la relación de los menores con sus padres no es la mejor ya que no sienten entendimiento de parte de sus padres. Por otro lado, los menores no cuentan con la economía para realizar las actividades con sus amigos y algunas veces cuentan con dinero para sus gastos personales, y algunas veces para hacer las cosas igual que sus amigos. En relación con la dimensión de "amigos", los menores no pasan tiempo con sus amigos, tampoco hablan lo suficiente con ellos o tienen una buena relación con sus amistades. Por otro lado, los menores están contentos en sus respectivos colegios y prestan atención a sus actividades, de igual manera las respuestas indican que no tienen el gusto de asistir a dicho lugar. Finalmente, los resultados indican que el clima escolar de los menores es negativo en él ya que han sentido algún tipo de temor o sufrido algún maltrato de sus compañeros y también sufren de burlas.

Con relación a los resultados sociodemográficos de los padres de familia indican que la mayoría de la población entrevistada es del género femenino con una edad promedio de 31 y 36 años, con un peso promedio de 80.49kg, una estatura promedio de 162.48cm, un promedio de ocupación de ama de casa; una escolaridad de secundaria completa y un índice de masa corporal de sobrepeso.

En la dimensión de familia y amigos, los padres de familia tienen alguien con quien hablar sobre cosas importantes con algún amigo o familiar, no obstante, los resultados indican que los padres no dan o reciben cariño de manera frecuente. En la dimensión de actividad física se encontró que los padres de familia casi nunca realizan actividades físicas como caminar. subir escaleras. trabajo de la casa. hacer el jardín e indica que no realizan dichas actividades con una regularidad constante. Respecto a la dimensión de tabaquismo se muestra que la mayoría de los padres no tienen problema de tabaquismo ya que más del 50% de los entrevistados no han consumido cigarrillos en 5 años o nunca lo han hecho. Los padres de familia no beben más de 7 tragos y no conducen bajo los efectos del alcohol y su frecuencia de consumir bebidas alcohólicas es ocasionalmente ya que más del 68% de la población encuestada respondió con esta opción. Por otro lado, los padres duermen bien y se sienten cansados en su mayoría, también se sienten capaz de manejar su estrés y solo algunas veces tienen tiempo para relajarse y poder liberar el estrés. Con respecto al tipo de personalidad, los resultados indican que los padres se sienten acelerado o enojados con una frecuencia de algunas veces. En la dimensión de introspección, los padres de familia con poca frecuencia se sienten optimistas o tienen dicho pensamiento, de igual manera se sienten apretados en pocas ocasiones y tampoco se sienten deprimidos. La dimensión de conducción de trabajo mostró que en el viaje de sus hogares a su trabajo los entrevistados siempre usan el cinturón de seguridad, por otro lado, respecto a las actividades realizadas en su trabajo a veces están satisfechas con su desempeño. Respecto a la dimensión de otras drogas la población respondió de manera negativa respecto al consumo de cualquier otro tipo de drogas o la ingesta de remedios que pueden ser comprados sin receta, de igual manera la respuesta respecto al consumo de bebidas que contienen cafeína el resultado fue positivo indicando que si consumen dichas bebidas con regularidad. Finalmente, en relación con la medición del estilo de vida de los padres el promedio del análisis fue de 46.75 y con la información del instrumento sobre la métrica o categoría asegura que el estilo de vida está en riesgo ya que el dato cae en la categoría del instrumento 0-46 estas en zona de riesgo.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2013,24.
2. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; 2018.
3. Tejero ME. Genetics of Obesity. Boletín médico del Hosp. Infant. México. 2008; vol.65,441
4. Topçu S, Orhon FS, Tayfun M, Uçaktürk SA DF. Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. J Pediatr Endocrinol Metab. 2016;29.
5. Padilla, et al.; "Prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor predictivo-preventivo en escolares de 6 a 11 años de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. Salud Colect Aires. 2011,377-388
6. Delgado P.; Childhood obesity and its association with the feeling of unhappiness and low levels of self-esteem in children of public schools. Aran Ediciones. 2017;35(3):533-53
7. Magarey A DLBT. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 2003;27(4):505-13.
8. Bellizi W. Dietz workshop on childhood obesity: summary of the discussion. Am J Clin Nutr. 1999; 70,173-175.
9. Socarras Suarez MM; Et. Al; Obesidad: tratamiento no farmacológico y prevención. Rev. Cuba Endocrinol. 2002;13(1):35-42.
10. Machado K.; Overweight and obesity in school-age children and their risk factors. Arch Pediatr Urug. 2018;89.
11. Bellizi W. Dietz workshop on childhood obesity: summary of the discussion. Am J Clin Nutr. 1999;70(1):126-130.
12. de León Arcila R.; Sleep Circadian Cycles and Obesity archivos en medicina familiar. Arch en Med Fam. 2018;20.
13. UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund. www.unicef.org
14. GPC. Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención.2013;7.
15. Organización Panamericana de la Salud. Módulo obesidad infantil. www.paho.org/es
16. Moreno Aznar L.A. et. Al, Obesidad. Asoc. Española Pediatr, 49: 71-76.
17. A. B.; Nutrición en la infancia y adolescencia. 2006,65(1):550-873.
18. NOM-008-SSA2-1993. NORMA Oficial Mexicana Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. www. nom-008-ssa2 1993 control de la nutrición, crecimiento y d...
19. Slater-Price P; Plan contra la obesidad infantil del condado de san diego. Coalit Child Weight san diego. 2006;377-80
20. Ministerio de Salud de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. 2013;1;15-89.
21. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series. 2000; www.who.int

22. Wong C. Estilos de vida, Universidad de San Carlos Guatemala. 2016;(1):2-8
23. MINISAL. Estilos de vida saludable, 2004; <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob>.
24. Sussel S. Estilo de vida. In: Salud Publica. 2019;(1):1-4
25. Vásquez-Garibay E. Approaches of healthy diets in children during their different stages of life. Part II. preschool and school children and adolescents. Hosp Infant México. 2008;65(6):605-15.
26. Robles-Espinoza, Andrea. Rubio-Jurado B. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de la salud, Andrea Isabel Robles Espinoza 2016;11(3):120-125.
27. Schwartzmann L.; Health-related quality of life: conceptual aspects Cienc enferm. 2003;(2):9-21.
28. Gómez-Vela María; Sabeth EN. Calidad de vida evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica, Inst Univ Integr en la comunidad 2015;1-7.
29. Badia Llach X. What is health-related quality of life and how is it measured? 2004;27.
30. Rajmil, L.; Herman M. Health related quality of life [HRQOL] in childhood and adolescence: a review of the literature and instruments adapted in Spain. Revis en salud pública. 2001;15(4):34-43.
31. Rodríguez Barrera, J. C., Bastidas, M., Genta, G., & Olaya-Contreras P. Health Related-quality of Life in Schoolchildren with Obesity and Overweight in Medellín, Colombia. Univ Psychol. 2016;15(2):301-14.
32. Liu, Wei; Lin, Rong; Guo C et. Al.; "Prevalence of body dissatisfaction and its effects on health-related quality of life among primary school students in Guangzhou, China." 2019(1):213.
33. Dumuid D. et. Al; "Health-Related Quality of Life and Lifestyle Behavior Clusters in School-Aged Children from 12 Countries." J Pediatr. 2017;183(6):178-183
34. Sussel S. Estilo de vida. In: Salud Publica. 2019,1:4.
35. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Dür, W., Auquier, P., Poder, M., Abel, T., Czemy, L, Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe J y el G europeo K. KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. Revisión Expert Farm y Result Investig. 2005;5(3):353-364.
36. Agredo RR-V y RA.; The Fantastic instrument's validity and reliability for measuring Colombian adults' lifestyle. 2012;14(2):226-237.
37. Anne Bridsgaard et. Al. "Seven- To Nine-Year-Old Children's Own Assessment of Health-Related Quality of Life Is Important in Preventing Overweight and Obesity." D Cuid la Salud Infant. 2014;20(1):87-97.
38. Ebbeling CB P; Childhood obesity: public health crisis, commonsense cure. Lancet 2002-08-10;360(9331):4373.
39. IMSS. El IMSS fortalece estrategias para combatir obesidad infantil y juvenil. In 2019.recuperado en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/421>
40. Teorías Psicométricas. 2013. [Teorías Psicométricas | PDF | Cociente de inteligencia | Sicología \(scribd.com\)](#)
41. Cunha M. et. Al; "El patrimonio genético como factor de riesgo que permite la obesidad infantil." 2013;10(1):7

42. Pakpour A; Chen, Chao-Ying; et. All. "The relationship between children's overweight and quality of life: A comparison of Sizing Me Up, PedsQL and Kid-KINDL". 2019; 19(1):49-56.
43. Hoare, E.; Crooks, Nicholas; Hayward, Joshua; et. Al; "Associations between combined overweight and obesity, lifestyle behavioural risk and quality of life among Australian regional school children: baseline findings of the Goulburn Valley health behaviours monitoring study". 2019;17(1):16
44. Halasi, Szabolcs; Lepas, Josip; Dordic, Visnja. "Relationship between obesity and health-related quality of life in children aged 7-8 years". 2018;16(149):2-8.
45. Ha, Nguyen Thanh; Trang, Do Thi Hanh; et. Al; "Is obesity associated with decreased health-related quality of life in school-age children? - Results from a survey in Vietnam". 2018;5(4): 338-351.
46. Anagha Killedar, Thomas Lung; et.al; "Weight status and health-related quality of life during childhood and adolescence: effects of age and socioeconomic position." 2020;44(3):637-645.
47. Nascimento, Melissa María Romero; et. Al. "Parent's perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight ". 2016;92(1):65-72.
48. Deniz S., et.al; "The prevalence of obesity and related factors among primary and secondary school students". 2019;22(12):1685.
49. Reina Gamba N. validación de los cuestionarios disabkids y kidscreen para medir la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes colombianos con enfermedad crónica. 2016; RUA: Validación de los cuestionarios "disabkids" y "kidscreen" para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños/as y adolescentes colombianos con enfermedad crónica
50. Betancurth Loaiza D; et. Al; "Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantástico por técnica Delphi". Rev Cient Salud Uninorte. 2015;31(2):214-227.

17. ANEXOS

17.1. Anexo A INSTRUMENTO KIDSCREEN-52

Instrumento KIDSCREEN-52 para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) dirigido a niños de 8-12 años.

Características generales:

Nombre: _____ Edad: _____ escolaridad: _____

Género: NIÑO: _____ NIÑA: _____ peso: _____ talla: _____ percentil: _____

Instrucciones:

Estimado niño/niña:

¿Como estas?, ¿Como te sientes? Esto lo que queremos saber sobre ti, con este cuestionario.

Para la aplicación de este cuestionario te voy a leer unas preguntas. Cuando pienses en la respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir los últimos siete días.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices.

I. ACTIVIDAD FISICA Y SALUD.

1. En general, ¿Cómo diría el chico/chica que es su salud?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Piense en la última semana...

2. ¿El chico/a se sintió bien y físicamente en forma?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

3. ¿El chico/a se sintió físicamente activo/a (por ejemplo, corrió, trepó, anduvo en bici)?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

4. ¿El chico/a pudo correr bien?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

5. ¿El chico/a se sintió lleno/a de energía?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

II. SENTIMIENTOS.

Piensa en la última semana...

1. ¿El chico/a disfruto de la vida?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente

- Mucho
- Muchísimo

2. ¿El chico/a se sintió contento/a de estar vivo/a?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

3. ¿El chico/a se sintió conforme con su vida?

- Nada
- Un poco

- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

4. ¿El chico/a estuvo de buen humor?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

5. ¿El chico/a estuvo contento/a?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

Muchísimo

6. ¿El chico/a se divirtió?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

III. ESTADO DE ÁNIMO

Piensa en la última semana...

1. ¿El chico/a tuvo la sensación de haber hecho todo mal?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

2. ¿El chico/a se sintió triste?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

3. ¿El chico/a se sintió tan mal que no le dieron ganas de hacer nada?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

4. ¿El chico/a tuvo la sensación de que todo en su vida sale mal?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

5. ¿El chico/a se sintió harto/a por algo?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

6. ¿El chico/a se sintió solo/a?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

7. ¿El chico/a se sintió presionado/a?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

IV. SENTIMIENTOS SOBRE SI MISMO/A

Piensa en la última semana...

1. ¿El chico/a estuvo contento/a con la manera cómo es?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

2. ¿El chico/a estuvo contento/a con su ropa?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

3. ¿Al chico/a le preocupa la forma en como se ve?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

4. ¿El chico/a tuvo envidia de la forma como se ven otros/as chicos/as?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

5. ¿Para que el chico/a hay alguna parte de su cuerpo que le gustaría cambiar?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

V. TIEMPO LIBRE

Piensa en la última semana...

1. ¿El chico/a tuvo suficiente tiempo para el/ella?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

2. ¿El chico/a hizo las cosas que quería hacer en su tiempo libre?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

3. ¿El chico/a pudo estar al aire libre (por ejemplo: en la calle, ¿el parque, la plaza, etc.?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

4. ¿El chico/a tuvo suficiente tiempo para estar con sus amigos?

Nada

Un poco

Moderadamente

- Mucho**
- Muchísimo**

5. ¿El chico/a pudo elegir que hacer en su tiempo libre?

- Nada**
- Un poco**
- Moderadamente**
- Mucho**
- Muchísimo**

VI. LA VIDA FAMILIAR

Piensa en la última semana...

1. ¿El chico/a se sintió entendido por sus padres?

- Nada**
- Un poco**
-

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

2. ¿El chico/a se sintió querido/a por sus padres?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

3. ¿El chico/a se sintió feliz en su casa?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

4. ¿Los padres del chico/a tuvieron suficiente tiempo para él/ella?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

5. ¿Los padres del chico/a fueron justos con él/ella?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

6. ¿El chico/a pudo hablar con sus padres cuando quería?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

VII. CUESTIONES ECONÓMICAS

Piensa en la última semana ...

1. ¿El chico/a tuvo suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos/as?

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

2. ¿El chico/a cree que tuvo suficiente dinero para sus gastos?

Nunca

Casi nunca

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

3. El chico/a cree que tiene suficiente dinero para compartir actividades con sus amigos/as?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

VIII. SUS AMIGOS Y AMIGAS

Piensa en la última semana ...

1. ¿El chico/a estuvo con sus amigos/as?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

2. ¿El chico/a compartió actividades con otros/as chicos/as?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

3. ¿El chico/a se divirtió con sus amigos/as?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

4. ¿El chico/a y sus amigos se ayudaron entre ellos?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

5. ¿El chico/a pudo hablar de todo con sus amigos/as?

- Nunca**

- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

6. ¿El chico/a pudo confiar en sus amigos/as?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

IX. LA ESCULA O EL COLEGIO

Piensa en la última semana ...

1. ¿El chico se sintió feliz en la escuela o el colegio?

- Nada**

- Un poco**
- Moderadamente**
- Mucho**

- Muchísimo**

2. ¿Al chico/a le fue bien en la escuela o en el colegio?

- Nada**
- Un poco**
- Moderadamente**
- Mucho**
- Muchísimo**

3. ¿El chico/a se sintió conforme con sus maestros/as?

- Nada**
- Un poco**
-

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

4. ¿El chico/a pudo prestar atención en clase?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

5. ¿Al chico/a le gusto ir a la escuela o al colegio?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

6. ¿El chico/a se lleva bien con sus maestros/as o profesores/as?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

X. RELACIONES CON LOS DEMÁS

Piensa en la última semana...

1. ¿El chico/a tuvo miedo de otros/as chicos/as?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
-

Siempre

2. ¿Se rieron de el/ella otros chicos/as?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

3. ¿Al chico/a lo intimidaron o amenazaron otros/as chicos/as?

- Nunca**
- Casi nunca**
- Algunas veces**
- Casi siempre**
- Siempre**

17.2. ANEXO B. INSTRUMENTO FANTASTICO

Instrumento FANTÀSTICO, para medir Estilo de Vida en los padres.

Nombre: _____ Edad: _____ años. Parentesco: _____

Género:

Femenino ____ Masculino ____

Talla: _____ cm. peso: _____ kg. IMC: _____

Ocupación:

- a) Empleado
- b) Comerciante
- c) Obrero,
- d) Ama de casa,
- e) Desempleado

Escolaridad:

- a) Primaria completa:
- b) Primaria incompleta:
- C) Secundaria completa:
- D) Secundaria incompleta:
- E) Preparatoria completa:
- F) Preparatoria incompleta:
- G) Licenciatura completa:
- H) Licenciatura incompleta:

Instrucciones:

A continuación, le leeré una serie de preguntas sobre su estilo de vida, que son actividades que hace de manera cotidiana, este cuestionario cuenta con tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, por favor cuando piense en su respuesta trate de ser lo más sincero posible.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices.

I. FAMILIA Y AMIGOS

1. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2. Yo doy y recibo cariño:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

PUNTAJE:

II. **ACTIVIDAD FISICA**

1. Yo realizo actividad fisica (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín):

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2. Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta).

4 o más veces por semana	2
1 a 3 veces por semana	1
Menos de una vez por semana	0

PUNTAJE:

III. NUTRICIÓN

1. Mi alimentación es balanceada:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2. Consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa:

Ninguna de estas	2
Alguna de estas	1
Todas estas	0

3. Estoy pasado de mi peso ideal en:

Normal o hasta 4 kilos de más.	2
5-8 kilos de más.	1
Mas de 8 kilos	0

PUNTAJE:

IV. TABACO

1. Yo fumo cigarrillos:

No en los últimos 5 años.	2
----------------------------------	---

No en el último año.	1
He fumado este año.	0

2. Generalmente fumo _____ cigarrillos por día:

Ninguno	2
0-10.	1
Mas de 10.	0

PUNTAJE:

V. **ALCOHOL.**

1. Mi número promedio de tragos por semana es de:

0-7 tragos.	2
8-12 tragos.	1
Mas de 12 tragos.	0

2. Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión:

Nunca	2
Ocasionalmente	1
A menudo	0

3. Manejo el auto después de beber alcohol:

Nunca	2
Solo rara vez	1
A menudo	0

PUNTAJE:

VI. SUEÑO/ESTRÉS

1. Duermo bien y me siento descansada/o:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

3. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

PUNTAJE:

VII. TIPO DE PERSONALIDAD

1. Parece que ando acelerado/a:

Casi siempre	2
A veces	1

Casi nunca	0
-------------------	---

2. Me siento enojado/a o agresivo/a:

Casi siempre	2
Algunas veces	1
Casi nunca	0

PUNTAJE:

VIII. INTROSPECCION

1. Yo soy un pensador positivo u optimista:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2. Yo me siento tenso/a o apretado/a:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

3. Yo me siento deprimido/a o triste:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

PUNTAJE:

IX. CONDUCCION/TRABAJO

1. Uso siempre el cinturón de seguridad:

Siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2. Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

PUNTAJE:

X. OTRAS DROGAS

1. Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta básica:

Nunca	2
Ocasionalmente	1
A menudo	0

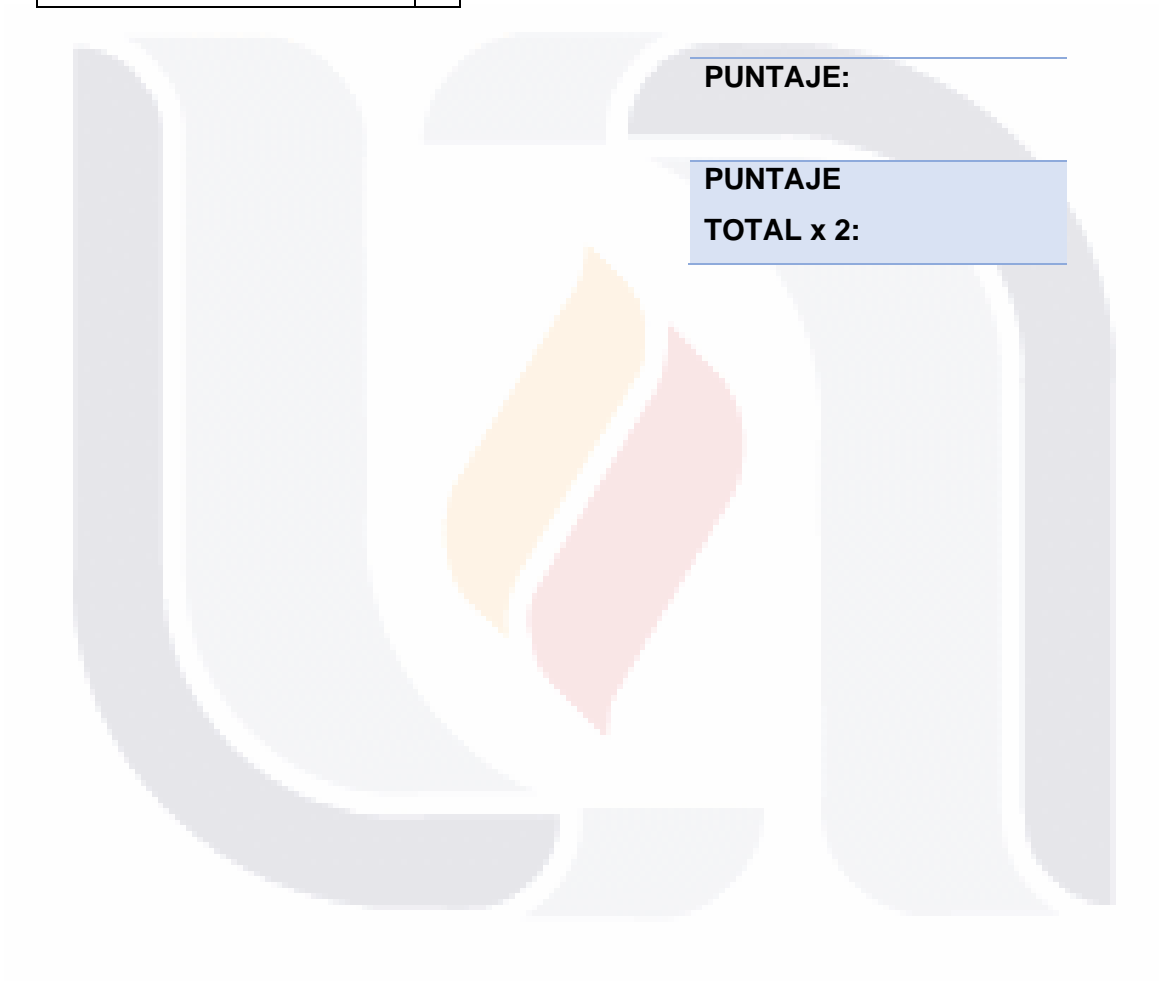
2. Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:

Nunca	2
Ocasionalmente	1

A menudo	0
-----------------	----------

3. Bebo café, té o bebidas de cola que tienen cafeína:

Menos de 3 por día	2
3-6 por día	1
Mas de 6 por día	0

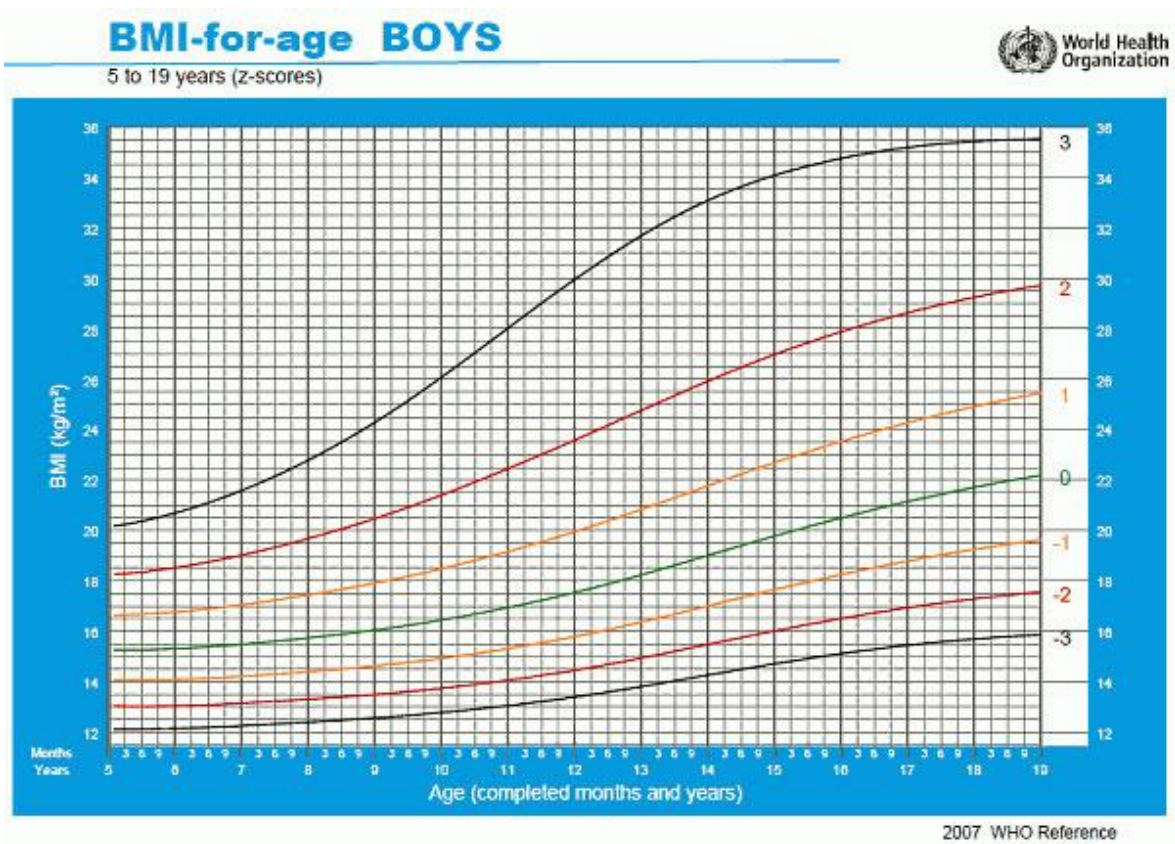


PUNTAJE:

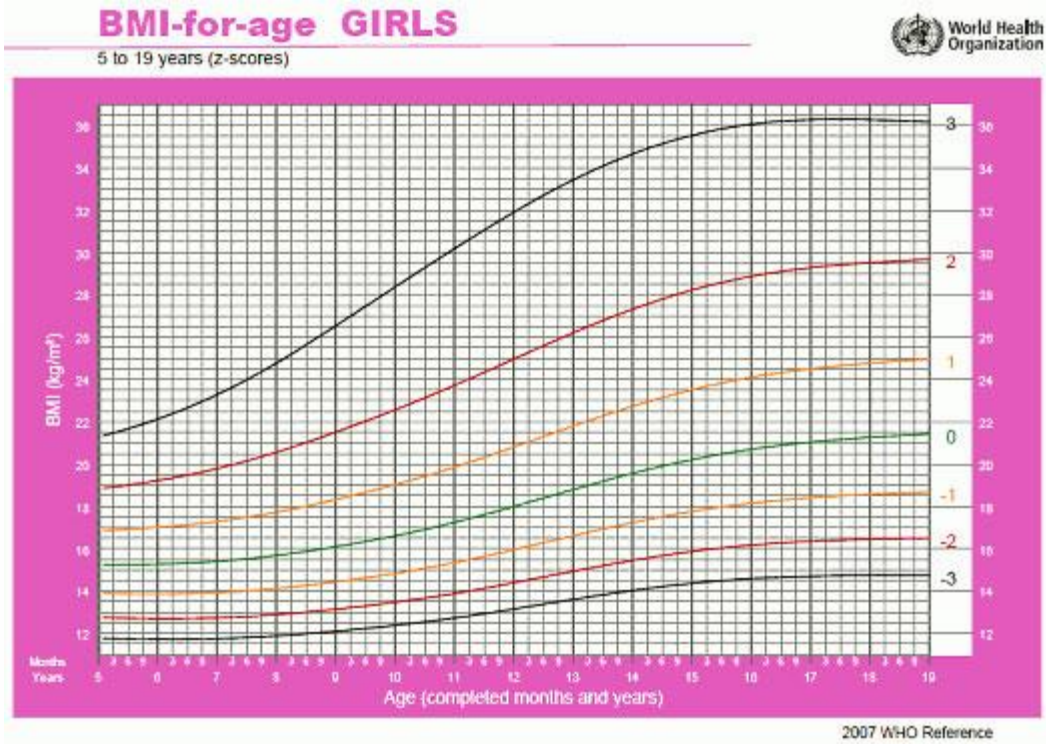
PUNTAJE

TOTAL x 2:

17.3. Anexo C. Tabla de IMC para niños (OMS)



17.4. Anexo D. Tabla IMC para niñas (OMS).



17.5 ANEXO F. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD”
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que es necesaria la realización del estudio en cuestión, así como el objetivo de esta investigación que es: medir la asociación del estilo de vida de los padres con la calidad de vida de los niños en edad de 8-12 años con obesidad y sobrepeso, por lo que es necesario obtener información de las madres/padres sobre su estilo de vida y el impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida de los niños.
Procedimientos:	Se me ha explicado que se realizará una encuesta en un consultorio médico sobre cuestiones sobre mi estilo de vida, que son actividades que hago de manera cotidiana. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican riesgos y beneficios de mi aportación.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibiré beneficio personal en este estudio de percepción de estilo de vida de los padres de niños con sobrepeso y obesidad y su posible repercusión en la calidad de vida de estos lo que servirá para plantear estrategias pertinentes y de mejora en el paciente en edad escolar con sobrepeso y obesidad.

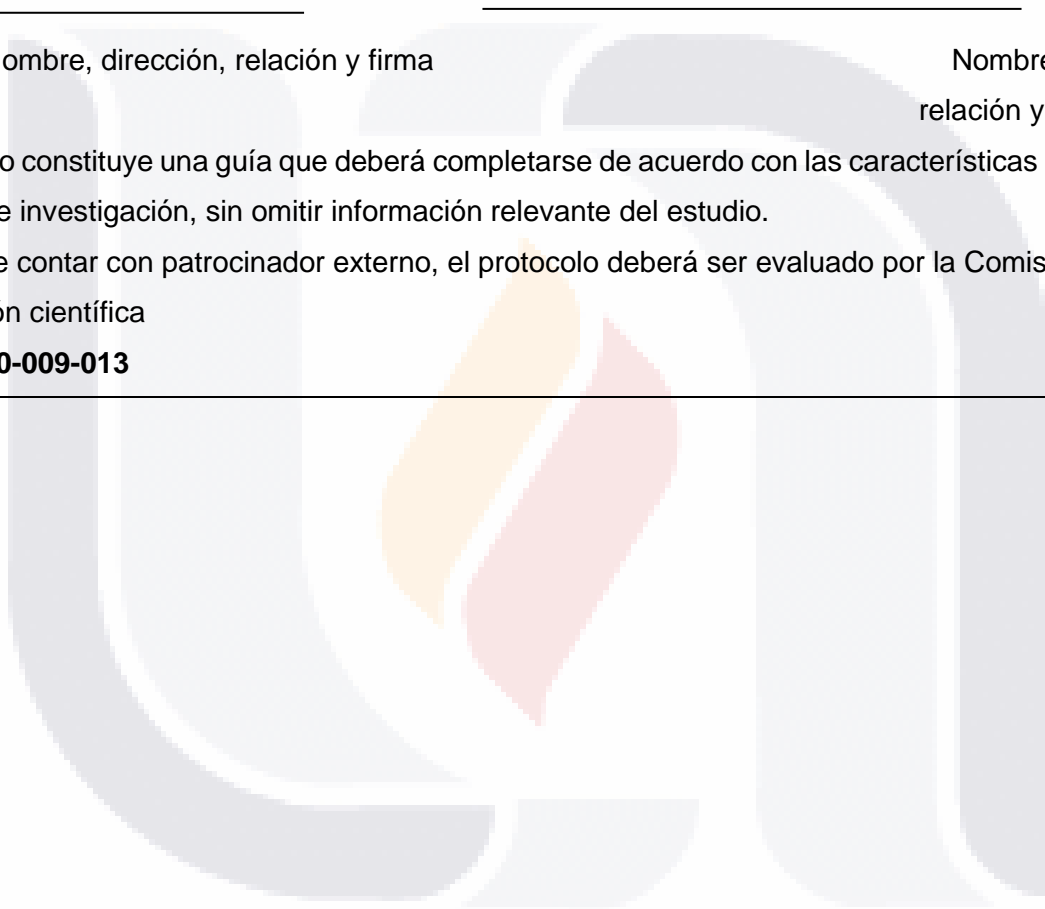
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado es determinar la “ASOCIACION DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES CON LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD”
Participación o retiro:	Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida
Beneficios al término del estudio:	Dentro los beneficios con los resultados obtenidos se buscarán mejoras en los programas de prevención y promoción de la salud para obesidad infantil.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña Lugar de trabajo: Hospital General de Zona 2, delegación Aguascalientes. Adscrito a la coordinación de Clínica Médica Domicilio: Avenida de los conos, 102, Fraccionamiento Ojocaliente I
Investigador asociado:	Teléfono celular: 449 911 67 90 e- mail: havdal_tepatiani@hotmail.com Dra. Tania Lizeth Alaníz García. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Lugar de adscripción: Hospital General de Zona No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 5528972959 e- mail: lizynnatt@hotmail.com
Colaboradores:	
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 sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (PADRES O REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

Nombre del estudio: "ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD"

Patrocinador externo (si aplica): *

Aguascalientes, Aguascalientes

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Se me ha explicado que es necesaria la realización del estudio en cuestión, así como el objetivo de esta investigación que es: medir la asociación del estilo de vida de los padres con la calidad de vida de los niños en edad de 8-12 años con obesidad y sobrepeso, por lo que es necesario obtener información de las madres/padres sobre su estilo de vida y el impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida de los niños.

Procedimientos:

Se me ha explicado que se realizará una encuesta en un consultorio médico sobre cuestiones sobre mi estilo de vida, que son actividades que hago de manera cotidiana. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican riesgos y beneficios de mi aportación.

Posibles riesgos y molestias:

No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Recibiré beneficio personal en este estudio de percepción de estilo de vida de los padres de niños con sobrepeso y obesidad y su posible repercusión en la calidad de vida de estos lo que servirá para plantear estrategias pertinentes y de mejora en el paciente en edad escolar con sobrepeso y obesidad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El resultado es determinar la "ASOCIACION DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES CON LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD"

Participación o retiro:

Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente

Privacidad y confidencialidad:

Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio
Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable:

Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña Lugar de trabajo: Hospital General de Zona 2, delegación Aguascalientes. Adscrito a la coordinación de Clínica Médica Domicilio: Avenida de los conos, 102, Fraccionamiento Ojocaliente I Teléfono celular: 449 911 67 90 e- mail: havdal.tepatiani@hotmail.com

Colaboradores:

Dra. Tania Lizeth Alaníz García. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Lugar de adscripción: Hospital General de Zona No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 5528972959 e- mail: lizynnai@hotmail.com

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 de ambos padres
firma de quien
o tutores o representante lega
consentimiento

Nombre y

obtiene el

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma
relación y firma

Nombre, dirección,

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

17.6. ANEXO G. CARTA DE ASENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD (8 a 17 AÑOS)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

Número de registro institucional _____

Objetivo del estudio y procedimientos: El objetivo es medir la asociación del estilo de vida de los padres con la calidad de vida de los niños en edad de 8-12 años con obesidad y sobrepeso. Realizaremos una entrevista en un consultorio médico con preguntas sobre algunas características de su vida cotidiana o rutinaria y finalmente se pesará y medirá la altura para clasificarlo su peso/talla

Hola, mi nombre es Tania Lizeth Alaníz García y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca del estilo de vida de los padres asociado a la calidad de vida en los niños de 8-12 años con sobrepeso y obesidad y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: proveer unos minutos para contestar las preguntas que se le soliciten, tomarte medidas y pesarte.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014



17.7. ANEXO H. CARTA DE NO INCONVENIENTE.



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONORA VICARIO

Jefatura de Servicios de Salud en el
Trabajo, Prestaciones Económicas y
Sociales

Aguascalientes, Ags. 22 de Mayo del 2020

REF. OF. N° 230

Dr. Sergio Iván Sánchez Estrada
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCOVENIENTE** para que el asesor del proyecto **Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña** el cual es médico familiar adscrito al Hospital General de Zona No. 2, realice el proyecto con el nombre "ESTILO DE VIDA DE LOS PADRES ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS DE 8-12 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD" en la unidad médica familiar, el cual es un protocolo de tesis de la médico Residente adscrita al Hospital General de Zona No.1 la **Dra. Tania Lizeth Alaniz García**.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración

Ateentamente


Dra. Hilda Monica Lopez Cervantes
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1