



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales – Programa de Magister en Psicología

**Funcionamiento familiar, creencias relacionadas con la
prevención de la obesidad infantil y congruencia de la
percepción de madres y padres sobre el estado
nutricional de sus hijos e hijas.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología con mención
Psicología de la Salud

FRANCISCA MARIANA MIRANDA HERMOSILLA

CONCEPCIÓN-CHILE
Septiembre 2017

Profesor Guía: Dr. Felipe García Martínez
Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a todas las personas que me acompañaron en este largo, pero provechoso camino: a mis padres, mi hermano, mi abuela, mis amigos y amigas, mi comunidad, profesores, pacientes, colegas y todos(as) los que en diversas e ingeniosas formas, ayudaron a que este proceso fuese terminado.

En especial, agradezco a mi profesor guía por su paciencia y apoyo, y a los(as) directivos, educadoras, apoderados(as) y alumnos(as) del Colegio Instituto de Humanidades Concepción y el Jardín Infantil Palabritas, por su disposición, alegría e interés de participar en este proyecto.

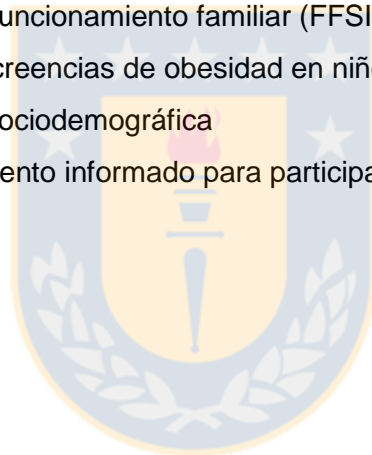
Finalmente, agradezco a Dios por las oportunidades que ha puesto en mi vida, pero por sobre todo por su amor e incondicionalidad.



TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
I. Introducción	1
II. Revisión Teórica	3
1. Estado nutricional infantil: Sobrepeso y obesidad.	3
1.1. <i>Indicadores de estado nutricional infantil: IMC y Relación peso/talla</i>	4
1.2. <i>Determinantes del estado nutricional infantil</i>	7
1.2.1. Factores culturales, factores sociales e influencias medioambientales	8
1.2.2. Factores Familiares	10
1.2.3. Factores psicológicos y personales	12
2. Hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en la infancia.	13
2.1 <i>Creencias y conocimientos de los padres, madres y cuidadores sobre obesidad y hábitos y estilos de vida saludables</i>	15
3. Percepción del estado nutricional e imagen corporal	17
4. Percepción de padres y madres del estado nutricional de sus hijos(as).	18
5. Creencias de los padres con respecto a la obesidad y hábitos alimentarios saludables y su relación con la percepción paterna y materna del estado nutricional.	20
III. Planteamiento del problema	27
1. Fundamentación del problema	27
2. Pregunta de investigación	29
3. Enunciado de hipótesis	29
4. Objetivo general	29
5. Objetivos específicos	30
IV. Marco metodológico	31
1. Diseño de investigación	31
2. Participantes	31
3. Variables de estudio	33
3.1 <i>Variables Dependientes</i>	33
3.2 <i>Variables independientes</i>	33

4. Instrumentos de medida	36
5. Procedimiento de recolección de datos o información	38
5.1 Aspectos éticos.....	39
6. Procedimiento de análisis de datos	40
7. Resultados	40
8. Discusión	44
8.1 Limitaciones del estudio.....	47
8.2 Conclusión.....	48
V. Referencias	50
VI. Anexos	63
ANEXO 1: Escala de funcionamiento familiar (FFSIL)	63
ANEXO 2: Escala de creencias de obesidad en niños ECOI	64
ANEXO 3: Encuesta sociodemográfica	65
ANEXO 4: Consentimiento informado para participantes	67



Índice de tablas

Tabla 1: Resultados de evaluación nutricional por establecimiento	32
Tabla 2: Distribución por nivel educacional de padres y madres.....	32
Tabla 3: Estadísticos descriptivos y confiabilidad de los instrumentos de estudio.....	41
Tabla 4: Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio.....	42



Índice de figuras

Figura 1: Peso por estatura Niños de 85 a 130 cms (mediana y desviación estándar).....	6
Figura 2: Peso por estatura Niñas de 85 a 130 cms (mediana y desviación estándar).....	6



Resumen

El objetivo del presente trabajo fue determinar la percepción materna y paterna del estado nutricional de sus hijos(as), relacionándola con funcionamiento familiar y las creencias que los adultos poseían sobre la prevención de obesidad infantil. En el estudio participaron 117 padres y madres, y se obtuvo el diagnóstico nutricional de 86 niños(as) en edad pre-escolar de 2 colegios de la comuna de Concepción, Región del Bío Bío, Chile. Se utilizaron como instrumentos la escala de funcionamiento familiar (FFSIL), la escala de conocimientos de obesidad infantil (ECOI) y para medir el estado nutricional de los(as) niños(as) se utilizó el índice de relación Peso/Talla. Como resultado se obtuvo que los padres y madres de niños(as) con sobrepeso y obesidad presentaron un 91,6% de error de percepción. Además, se encontró que los padres y madres que perciben a sus hijos(as) como bajo peso o normopeso presentan mejor funcionamiento familiar que los padres y madres que perciben a sus hijos(as) como sobrepeso u obeso, con independencia de su estado nutricional real. Estas diferencias también se aprecian en las dimensiones de comunicación y roles familiares. Lo anterior permite revelar la influencia del ambiente familiar y el involucramiento de los padres y madres en la prevención y promoción de la salud nutricional de sus hijos(as).

Palabras clave: obesidad infantil; sobrepeso infantil; percepción materna; percepción paterna; nutrición; funcionamiento familiar

I. Introducción

El presente estudio tuvo por finalidad principal indagar acerca de la percepción de los padres y madres con respecto al estado nutricional de sus hijos(as), es decir, qué variables se relacionan con que los padres y madres tengan una correcta o incorrecta percepción.

Esta percepción por parte de los padres y madres se ha relacionado principalmente con el estrato social o con los ingresos económicos, igualmente con el grado de instrucción materna e incluso con el peso materno (Cabrera, Rolón, Garcete, Sanabria, Arredondo & Pizarro, 2013).

La importancia de este tipo de estudios es que existe evidencia empírica (Díaz, 2000; Doolen & Miller, 2009; Eckstein et al., 2006; Maynard, Galuska, Blanck & Serdula, 2003; Warschburger & Kröller, 2009; Zonana-Nacach & Conde-Gaxiola, 2010) que afirma que la percepción materna y paterna alterada del estado nutricional de sus hijos(as) es un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de malnutrición por exceso.

Además, la obesidad y el sobrepeso son problemas de alto predominio, que en las últimas décadas, han ido en aumento, y en algunas partes del mundo se ha convertido en el principal problema nutricional, al grado de considerarse una pandemia que afecta a más de mil millones de personas (OMS, 2015)

Por otra parte, las influencias sociales, genéticas y de ambiente familiar compartido, tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil (Domínguez-Vásquez, Olivares & Santos, 2008), por lo que requieren ser estudiadas con mayor precisión.

Al respecto, diversos estudios (Atalah, Urteaga & Rebolledo, 2004; Mujica, Leiva, Rojas, Díaz & Palomo, 2009; Madrigal et al., 2000; Pino, López, Moreno & Faúndez, 2010), plantean que la errónea percepción de la imagen o tamaño corporal influye o se relaciona directamente con el estado nutricional de las personas, tendiendo a la subestimación o sobrestimación del peso corporal real.

Díaz (2000) señala que la distorsión en la percepción de los padres y madres con respecto a la condición nutricional de sus hijos(as) podría ser un factor determinante que contribuye negativamente en el éxito de las intervenciones terapéuticas realizadas. Es por lo anterior que el presente trabajo además podría dar aportes que clarifiquen con respecto a un mejor abordaje de los programas de promoción y prevención de estilos de vida más saludables que involucren intervenciones más eficaces e integrales con respecto al estado nutricional de los niños y niñas y sus familias.

De esta manera los objetivos de la presente investigación se enfocaron en factores que, según la bibliografía revisada, podrían jugar un rol en esta apreciación del estado nutricional de los niños y niñas en cuestión, los cuales se relacionan con variables nutricionales, de funcionamiento familiar y de creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil de sus padres, madres y cuidadores.



II. Revisión Teórica

1. Estado nutricional infantil: Sobrepeso y obesidad.

La obesidad y el sobrepeso son problemas de alta prevalencia, convirtiéndose en el principal problema nutricional en distintas partes del mundo, considerándose como una pandemia que afecta a más de mil millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015)

Con respecto a la obesidad infantil, la OMS (2016) estima que en todo el mundo, el número de lactantes y niños(as) pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2013. Por otra parte en los países en desarrollo con economías emergentes la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los(as) niños(as) en edad preescolar supera el 30%.

Este problema de salud es bastante preocupante, ya que de mantenerse las tendencias actuales, el número de lactantes y niños(as) pequeños(as) con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025; los cuales sin intervención, se mantendrán obesos(as) durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta (OMS, 2016).

Chile, actualmente, se encuentra en el 6° lugar mundial en obesidad infantil y en el primer puesto en América Latina. Así lo demostró un estudio recientemente publicado en la revista del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), en el que advierte que en Chile el 70% de los(as) niños(as) será obeso en el corto plazo (MINSAL, 2014). Según los datos de este mismo estudio, se concluyó que un 22,3% de los(as) niños(as) de pre-kínder son obesos(as), cifra que aumenta a 25,3% en 1° básico. Este análisis advierte que es a los dos años de vida del menor cuando la curva de sobrepeso comienza a aumentar, donde el alza brusca se presenta en niños(as) que tienen entre tres y cinco años, es decir, en edad preescolar.

Otro antecedente importante, es que existe un 25% de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años controlados en el Sistema Nacional de Servicios de Salud en el año 2003, un 35% en preescolares que asisten a Jardines Infantiles de la JUNJI, un 38% en escolares de 1° básico, un 33% en escolares púberes y cerca de un 50% en

adultos, dependiendo de la edad y sexo. Por otro lado, 40 a 76% de los escolares obesos serán adultos obesos (Pizarro et al., 2004).

En los años 2010 y 2012, en un estudio realizado en colegios de la comuna de Peñalolén en Chile, el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA encontró que la obesidad llegó a un 28% en alumnos de pre-kinder hasta segundo básico. El SIMCE de Educación Física dio a conocer la mala condición física de los escolares de octavo año básico, con sólo un 8% de niños y niñas llegando al nivel satisfactorio, aumentando el IMC entre esos años de un 16% a un 18% en la obesidad y de un 25% a un 26% en el sobrepeso (Vio del Rio, 2013).

Una de las grandes consecuencias y preocupaciones frente a la obesidad en los niños, niñas y adolescentes es su persistencia en la adultez, los(as) niños(as) que poseen esta enfermedad, suelen seguir siendo obesos(as) o tener sobrepeso al ser adultos (Raimann & Verdugo, 2011). Un estudio en preescolares con 20 años de seguimiento mostró que el 25% de ellos mantenía sobrepeso en la adultez (Gran & La Velle, 1985, como se citó en, Raimann & Verdugo, 2011). Esta cifra aumenta en escolares, ya que 50% de los niños y niñas que son obesos(as) a los 6 años permanecen obesos(as) en su siguiente periodo de ciclo vital; mientras que en la adolescencia la posibilidad de llegar a ser un adulto obeso puede llegar a ser tan alta como 80% (Guo & Chumlea, 1999, como se citó en, Raimann & Verdugo, 2011).

De esta manera, la obesidad infantil está asociada a una amplia gama de complicaciones de salud graves y a un creciente riesgo de contraer enfermedades prematuramente, entre ellas, diabetes y cardiopatías. Además, los(as) niños(as) obesos(as) tienen más probabilidades de desarrollar una serie de problemas de salud en la edad adulta, como trastornos osteomusculares (especialmente artrosis), algunos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon) y discapacidad (OMS, 2016).

1.1. Indicadores de estado nutricional infantil: IMC y Relación peso/talla

Debido a la importancia de detectar tempranamente tanto el sobrepeso como la obesidad, es que se hace necesaria la evaluación nutricional del escolar y del adolescente a través de indicadores del estado nutricional.

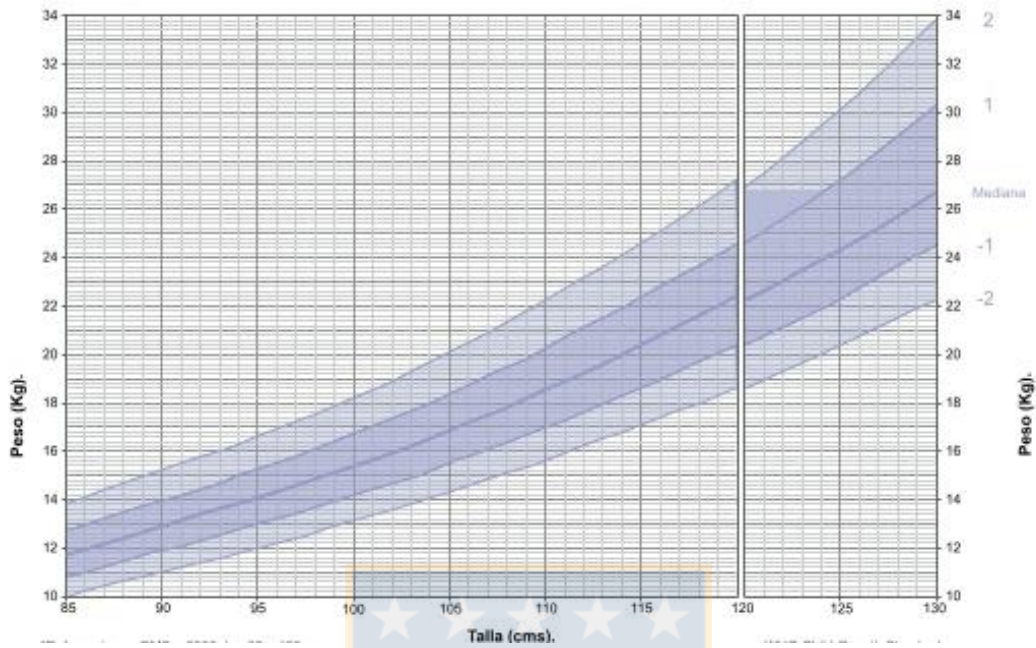
Al respecto, el índice de masa corporal (IMC) es el indicador recomendado por la OMS, para evaluar antropométricamente el estado nutricional de una población menor de 20 años, por su simpleza, bajo costo y adecuada correlación con la grasa corporal total (Burrows, Díaz & Muzzo, 2004).

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (OMS, 2015).

En el caso de los niños(as) menores de 6 años la “Guía de referencia OMS para la evaluación antropométrica” (MINSAL, 2013) recomienda la clasificación con respecto a Peso/Longitud o Peso/Talla.

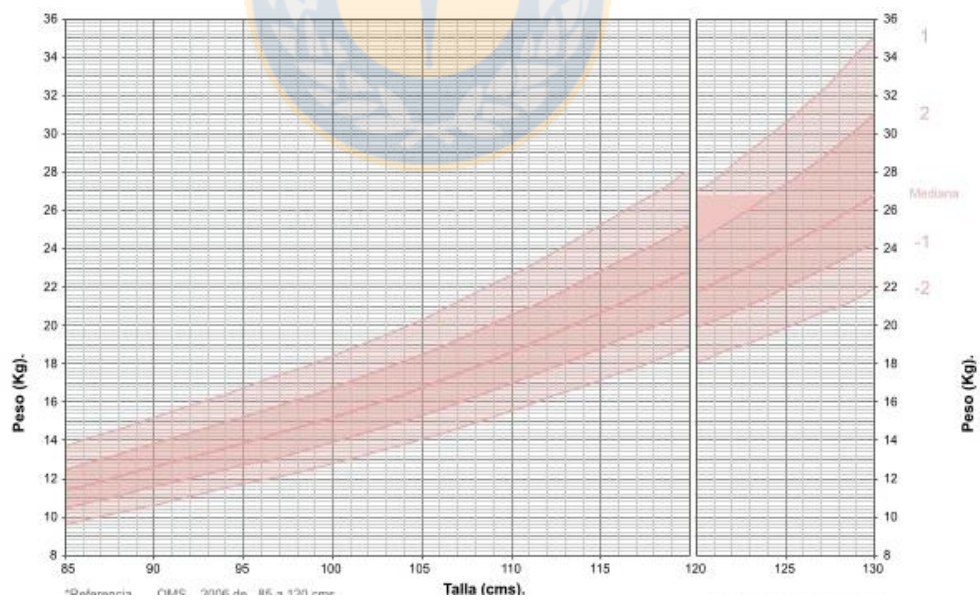
La relación Peso/Talla está dada por el punto que se ubica en la intersección de la línea vertical (longitud o talla en centímetros), con la horizontal (peso en kilogramos). Estos gráficos, según el sexo y edad del niño(a) menores de 6 años, permiten evaluar la armonía entre ambos parámetros que se compara con una distribución de referencia y se clasifica a los individuos en las distintas categorías de estado nutricional, lo que es de particular utilidad para el seguimiento de tratamientos dirigidos a corregir desnutrición, sobrepeso u obesidad (MINSAL, 2013).

De esta forma, el criterio de las tablas de estado nutricional de acuerdo al peso y talla de niños y niñas entre los 85 y 103 cms (menores de 6 años) son las observadas en la figura 1 y 2 (MINSAL, 2013):



Fuente: MINSAL, 2013

Figura 1: Peso por estatura Niños de 85 a 130 cms. (mediana y desviación estándar)



Fuente: MINSAL, 2013

Figura 2: Peso por estatura Niñas de 85 a 130 cms. (mediana y desviación estándar)

La clasificación del estado nutricional infantil de los menores de 6 años es el siguiente:

- Relación peso/talla inferior a - 1DS¹ bajo peso
- Relación peso/talla igual o superior a -1DS determina peso normal
- Relación peso/talla igual o superior a +1DS determina sobrepeso.
- Relación peso/talla igual o superior a +2DS determina obesidad.

Con un exceso de peso de 10 a 20% en relación al peso ideal para la estatura se asigna rango de sobrepeso y de 20% o más, rango de obesidad. En la actualidad se usa esta cuantificación para menores de 10 años de edad, siempre y cuando no hayan comenzado los cambios puberales. Si ya se encuentra dentro del primer estadio puberal, se usan los percentiles de índice de masa corporal (IMC) (Azula, Pérez, Sandoval & Schneider, 2008).

Cabe destacar, que el estado nutricional del individuo es el resultado de un contexto donde interactúan múltiples factores como la educación, el nivel socioeconómico, la publicidad, la salud y la calidad de la vida afectiva de las personas, de tal manera que todo lo anterior repercute sobre el funcionamiento integral desde la infancia hasta la adultez (Restrepo, 2009), por lo que la importancia de una detección temprana y precisa se hace cada vez más necesaria.

1.2. *Determinantes del estado nutricional infantil*

Como se mencionaba anteriormente, la situación nutricional de los niños y niñas depende de una gran variedad de factores, como factores hereditarios, presencia de ciertas patologías, características socioeconómicas del hogar que determinan su acceso a recursos e información, acceso a servicios y prestaciones públicas y características de la comunidad en la que se encuentran insertas las familias (Amarante et al., 2007).

A continuación se hará un breve resumen de los principales factores que determinan el estado nutricional infantil.

¹ DS: Desviación Estándar

1.2.1. Factores culturales, factores sociales e influencias medioambientales

Los cambios medioambientales y del comportamiento, causados por la urbanización, modernización y desarrollo económico, se encuentran altamente relacionados con la obesidad (Amarante et al., 2007).

De acuerdo a autores como Peck (2003, como se citó en Cabello & Zúñiga, 2007), la obesidad es un fenómeno cultural muy interconectado con el sabor de la comida rápida, la televisión y los videojuegos, pero más bien es visto como un fenómeno económico.

El desarrollo de la obesidad involucra una compleja serie de distintos factores en múltiples contextos que interaccionan colocando a la persona en riesgo de tener sobrepeso. En este sentido la teoría ecológica de sistemas proporciona una mirada interactiva para comprender y explicar la aparición y mantenimiento de la obesidad, específicamente en relación con la dieta alimenticia, actividad física y comportamiento sedentario, influyendo en el aumento de peso y determinando, asimismo, las respuestas asumidas por las personas obesas (Paquette & Raine, 2004)

De esta forma, los hábitos y contextos alimentarios personales y familiares, estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares, así como el uso de la comida, son factores importantes en el origen de la obesidad (Cabello & Zúñiga, 2007). La obesidad ocurre debido a las interacciones dentro y entre aquellos contextos formados principalmente por los factores intrapersonales, constituidos por pensamientos, sentimientos y actitudes de cada individuo; los factores familiares, representados por el medio ambiente familiar que rodea la alimentación, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, los roles modelo-parentales, y los factores culturales, como el medio ambiente escolar, influencia de los medios de comunicación, estilos de vida, apoyo clínico y apoyo social (Cabello & Zúñiga, 2007).

Con respecto a la transmisión cultural de los modos de alimentación, en general, el(la) menor incorpora gran parte de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad donde la madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo(a), así la madre alimenta al niño(a) según su bagaje cultural

y sobre todo según las representaciones sobre los alimentos y las representaciones que ella tiene sobre el cuerpo ideal del infante (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).

Por otra parte, Loaiza y Atalah (2006) plantean que la variable con mayor valor predictivo de obesidad en niños y niñas de primero básico fue el sobrepeso u obesidad materna. Al respecto es difícil establecer si se trata de un factor genético o de una “herencia cultural” por transmisión de modelos y patrones de alimentación poco saludables. Los autores plantean que es probable la existencia de una mezcla de ambos factores, donde las conductas alimentarias familiares parecen ser relevantes (Loaiza & Atalah, 2006).

Con respecto a lo anterior, los infantes pasan de una alimentación láctea, semejante durante el primer año de vida, a una variedad de dietas determinadas de acuerdo a la cultura a la que pertenece el grupo familiar. Así, en cualquier parte del mundo, gran parte de los alimentos y modos de consumirlos de un adulto ya han sido incorporados a la edad preescolar, pues en esta etapa son los padres, en especial la madre, quienes influyen sobre los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física de los(as) niños(as) (Busdiecker, Castillo & Salas, 2000)

Es sabido, además, que los factores ambientales influyen en la obesidad, siendo en este punto relevante los hábitos de alimentación y actividad física que mantienen las personas (Barlow, 2007, como se citó en Raimann & Verdugo, 2011). Los niños y niñas en las últimas décadas han disminuido su actividad física y aumentado la ingesta de calorías. Los medios como la televisión, el uso de computador y de video juegos han contribuido al sedentarismo y también, producto de la propaganda televisiva, a la elección de alimentos altos en grasas saturadas, sal y azúcar todos posibles factores de riesgo para el desarrollo de obesidad (Uauy, Albala & Kain, 2001, como se citó en Raimann & Verdugo, 2011).

Por otra parte, la publicidad, sobre todo televisiva, ha contribuido a la transformación de los hábitos alimentarios de los niños y niñas debido a que se enfocan en un grupo de edad acrítico y fácil de manipular en cuanto al consumo de nuevos alimentos, los que por lo general no son saludables (Macias, Gordillo & Camacho, 2012

Respecto a lo anterior, Olivares, Bustos, Moreno, Lera y Cortez (2006) realizaron un estudio con 88 niños(as) obesos(as) de 8 a 11 años de edad en la Región Metropolitana de Chile, quienes manifestaron creer que los alimentos saludables eran buenos para ellos(as) y que conocían los efectos adversos de la comida chatarra. Sin embargo, los autores encontraron que la publicidad influía en el aumento de ingesta de alimentos de alto contenido calórico, a pesar del conocimiento existente sobre sus efectos adversos. Por otra parte, concluyeron que la publicidad influye también en las conductas de los padres y madres respecto a la alimentación, los cuales utilizan la comida chatarra como recompensa por el buen comportamiento de sus hijos(as), fomentando de esta manera su consumo.

Finalmente, cabe destacar, que las medidas preventivas adoptadas a nivel mundial siguen centradas en modificar las conductas individuales y, en particular, los hábitos alimentarios (Arnaiz, 2010). Aunque como se revisó anteriormente las ideas y concepciones acerca de la regulación del exceso de peso y la dieta ofrecen información privilegiada sobre la particular sobre las interpretaciones de los estilos de vida y la cultura, y dan cuenta, también, de cómo se producen, normalizan y aprovechan los actuales patrones de promoción de la salud (Cabello & Zúñiga, 2007).

1.2.2. Factores Familiares

Autores como Pompa y Montoya (2011) y Macias et al. (2012) plantean que la familia es una pieza crucial en el éxito del tratamiento de niños y niñas con sobrepeso y obesidad, pues es la que facilita o impide en un momento dado el control del peso y el cambio en los hábitos de alimentación y patrones de consumo.

Los miembros de la familia ejercen una fuerte influencia en la dieta de los(as) niños(as) y en sus conductas futuras relacionadas con la alimentación (Moreno & Galiano, 2006), y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes (García, Pardío, Arroyo & Fernández, 2008). Esto tiene relación con que los hábitos alimentarios que se aprenden en el seno familiar se incorporan como costumbres y son imitaciones de las conductas observadas por los niños y niñas en personas adultas significativas (López-Alvarenga et al., 2007)

Por ello, el rol de la familia es fundamental para desarrollar hábitos y conductas saludables en los niños y niñas (Hagin, 2006, como se citó en Pompa & Montoya, 2011), aunque no hay que olvidar que los hábitos y conductas de los padres también se ven influenciados por los medios de comunicación, la publicidad y los propios conocimientos y creencias que estos tienen con respecto al tema (Macias et al., 2012; Crovetto, Zamorano & Medinelli, 2010; Olivares et al., 2006)

Elder et al., (2014) señalan que son los padres los responsables de lo que comen y hacen sus hijos(as) y por ende los primeros en prevenir la obesidad, por lo que deben influir y apoyar los comportamientos saludables, mediante el seguimiento de la ingesta de alimentos, las actividades físicas que realizan y el control de consumo de alimentos poco saludables. Por consiguiente, la infancia es el mejor momento para instaurar hábitos alimentarios saludables, práctica de ejercicios aeróbicos en forma regular los que no deben perderse en la adolescencia ni en la etapa adulta. Si los padres están comprometidos con este concepto pueden transmitirlo a sus hijos(as) (Martínez et. al., 2001).

Estudios al respecto han expresado la importancia que tiene las relaciones paternas con los hábitos alimentarios en el desarrollo de obesidad o control de peso saludable en los hijos. En estos casos, se considera la relevancia de la madre como primera cuidadora, puesto que sus conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos (Encinas & Enríquez, 2007).

Uno de los determinantes centrales del estado nutricional de los(as) niños(as) es la situación socioeconómica de su hogar. Además dentro de los determinantes sociales que podrían influenciar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, están la educación, el sexo, la pobreza, el lugar de residencia, entre otros (Amarante et al., 2007).

Según González-Rico, Vásquez-Garibay, Cabrera-Pivaral, González-Pérez y Troyo-SanRomán (2012) los resultados obtenidos en un estudio realizado en 718 escolares de Granada (España), de entre 9 y 17 años, permiten concluir que existe una asociación significativa entre el nivel de estudios de los padres y el estado nutricional

de sus hijos. Hay una relación más estrecha y significativa cuando la madre tiene estudios superiores; en términos generales, se pudo concluir que el estado nutricional de los alumnos y alumnas empeoraba, de acuerdo con su edad y sexo, cuando el padre, y en especial la madre, tenían bajos niveles de estudio.

1.2.3. Factores psicológicos y personales

Diversos estudios (Fuillerat, 2004) muestran la estrecha relación existente entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas, basados en la relación entre alimentación y la nutrición y la influencia que estos factores pueden tener en el desarrollo psíquico y social.

En este sentido, las alteraciones nutricionales tanto por excesos como por carencias constituyen un factor que podría interferir en un desarrollo psicológico óptimo en cualquier etapa del ciclo vital, especialmente durante la infancia y adolescencia (Aguilar, González, Padilla, Guisado & Sánchez, 2012).

El sobrepeso no es sólo un factor predictor de enfermedades, sino que está muy relacionado con consecuencias psicológicas como la insatisfacción personal y una baja autoestima, por lo que la promoción de la aceptación de uno mismo, con su cuerpo y sus cualidades, es fundamental para no desarrollar problemas psicológicos mayores como podrían perfectamente ser la anorexia y la bulimia (Molina, Martínez, Marco & Moreno, 2010).

Paxton (2005) propone que la obesidad infantil tiene un riesgo significativo para el desarrollo de problemas de salud, pero también para los aspectos psicológico y social, en los que la baja autoestima se asocia con frecuencia a la depresión. Diferentes investigaciones en niños, niñas y adolescentes determinan que existe una relación inversa entre la autoestima y la obesidad (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe, & Torró, 2011; Chavarria & Camacho, 2006, como se citó en Aguilar, Manrique, Tuesta & Musayón, 2010; Friedman, Reichmann, Costanzo & Musante, 2002), y con respecto a la depresión, la relación encontrada es directa (Friedman et al., 2002; Strauss, 2004, como se citó en Aguilar et al., 2012). Además se ha observado que el grupo de las

niñas obesas se ve más afectado en relación al de los niños, debido a patrones culturales y sociales (Sweeting, 2008).

Se considera que la relación entre obesidad y depresión no es unidireccional, ya que hay estudios que han encontrado que los niños y niñas diagnosticados de depresión tienen más probabilidades de desarrollar obesidad en la adultez (Goodman & Whitaker, 2002; Pine, Goldstein, Wolk & Weissman, 2001). Respecto a lo anterior, la presencia de trastornos depresivos dependería además de características individuales, como el sexo y experiencias vividas: como el rechazo de los pares, una combinación de aislamiento social y las experiencias de vergüenza, y no solo de los problemas directamente asociados a la obesidad (Sjöberg, Nilsson, & Leppert, 2005, como se citó en Walker & Hill, 2009).

En el caso de la ansiedad, los datos tampoco son completamente concluyentes. Se ha observado, por ejemplo, mayor ansiedad en niños(as) obesos(as) en comparación con niños(as) con peso normal (Tanofsky-Kraff et al., 2004). En cambio, Anderson, Cohen, Naumova y Must (2006), y Calderón, Forns y Varea (2009) encontraron que la relación entre ansiedad y sobrepeso varía según el sexo, ya que estaba asociada con mayor IMC en las niñas, pero no así en los varones.

Resultados similares a los anteriores fueron encontrados por Cebolla et al. (2011) y Brito et al. (2000, como se citó en Lazarevich & Rodríguez, 2003), donde se reportó que los niños, niñas y adolescentes con obesidad y sobrepeso presentaron mayor insatisfacción corporal y mayores niveles de ansiedad que los de peso normal.

Finalmente, Molina et al. (2010) encontraron relaciones estrechas entre el sobrepeso y la impulsividad, específicamente los adolescentes con mayor nivel de impulsividad tenían más posibilidades de padecer sobrepeso, debido a que serían más propensos a seguir una alimentación descontrolada y no poder llevar a cabo un régimen alimentario adecuado.

2. Hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en la infancia.

Aunque es difícil encontrar una definición consensuada sobre hábitos alimentarios, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de

comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales (Moreiras & Cuadrado, 2001).

El nivel de conocimiento en temas relacionados con alimentación y nutrición es un importante determinante de los hábitos alimentarios. Es lógico pensar que cuanto mayor sea la formación en nutrición del individuo, mejores serán sus hábitos alimentarios. Sin embargo, no es suficiente que la información que manejen los individuos sea correcta, también es necesaria la modificación o abandono de estos hábitos alimentarios insanos y erróneos, para poder conseguir una dieta sana y equilibrada (Montero, Úbeda & García, 2006).

Respecto a lo anterior, la familia desempeña un papel fundamental en la configuración de los hábitos alimentarios del niño(a) (Carrasco, 2003), sin embargo, al alcanzar la adolescencia, el papel de la familia pierde relevancia y el grupo de amigos y las referencias sociales se convierten en condicionantes claves de la dieta del joven adolescente (Cusatis & Shannon, 1996). Además, modificar estos patrones alimentarios en la edad adulta es una tarea complicada (Carrasco, 2003).

Debido a que la obesidad es difícil de tratar en adultos, el enfoque más eficaz es desarrollar buenos hábitos alimentarios y prevenir el sobrepeso en los jóvenes (Carrasco, 2003; Cabrera et al., 2013). Por lo tanto la comprensión de la madre en relación a los alimentos saludables y los beneficios de la actividad física de sus hijos(as) ayudaría a determinar la intensidad de las iniciativas de prevención y el grado de educación necesario (Díaz, 2000).

De esta manera, la infancia es una etapa fundamental en la adquisición y desarrollo de hábitos alimentarios que determinan el estado nutricional en todas las demás etapas de la vida. Así, si estos hábitos son adecuados, contribuyen a garantizar una mejor salud en la edad adulta (Aranceta, 1997).

Al respecto, en un estudio realizado en la Región de Valparaíso en Chile, en niños y niñas de primero básico, se midieron los conocimientos que estos poseían respecto a

la alimentación saludable. Los resultados arrojaron que a pesar de que la mayoría de los(as) niños(as) demuestra conocer los beneficios de la alimentación sana, al momento de elegir la colación preferían alimentos altos en sal, azúcar y grasa saturada, lo que fue asociado al efecto que ejercen la publicidad y los medios de comunicación en la elección de este tipo de comidas (Crovetto et al., 2010). Por ello, el rol de la familia es fundamental para desarrollar hábitos y conductas saludables en los niños y niñas, pero no hay que olvidar que los hábitos y conductas de los padres también se ven influenciados por los medios de comunicación, la publicidad y los propios conocimientos que estos tienen con respecto al tema.

2.1 Creencias y conocimientos de los padres, madres y cuidadores sobre obesidad y hábitos y estilos de vida saludables.

Tal como se mencionaba anteriormente, el aprendizaje de los hábitos alimentarios en la niñez está condicionado por influencias numerosas, sobre todo las que proceden de la familia (factores ambientales, sociales, económicos y culturales), del ámbito escolar y a través de la publicidad (Stroebele & De Castro, 2004; Macias et al., 2012). Por lo tanto la colaboración entre los profesionales de este campo, los profesores, los padres y madres de familia y las autoridades constituye una estrategia para promover hábitos alimentarios y estilos de vida saludables que perduren hasta la adultez, disminuyendo el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el sobrepeso, la obesidad y crónico-degenerativas (Macias et al., 2012).

Al respecto Hafetz (2007, como se citó en Pompa & Montoya, 2011) midió el efecto del conocimiento sobre el cuidado de la salud y la conducta en niños(as) y sus padres, concluyendo que hay una importante transmisión intergeneracional de dicho conocimiento.

En otro estudio realizado por Maynard et al. (2003), se reveló que las madres tienden a creer que los(as) niños(as) con exceso de peso cuando pequeños(as), lo superarán una vez que crezcan, se hagan más altos(as) y más activos(as).

Olivares y et al. (2006), en su publicación señalan que el 100% de las encuestadas indican *falta de motivación para incorporar alimentos saludables en la comida familiar*,

señalaban frecuentemente expresiones tales como: *Si a nosotros nos gustan las papas fritas o los completos, como no le voy a dar al niño(a)*. Por otro lado la creencia de que *la obesidad no se puede evitar* se deslumbra en la gran mayoría de las encuestadas y se manifestó además, que el consumo de alimentos altamente calóricos estaba muy arraigados en la familia para cambiarlos.

Algunos estudios epidemiológicos (Sanabria-Ferrand, 2007; Rodríguez-Rodríguez, Perea, Bermejo, Marín-Arias, López-Sobaler & Ortega, 2007; Croveto et al., 2010) muestran que aunque en ocasiones la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, estos conocimientos no se traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta equilibrada, es decir, no se ponen en la práctica los conceptos aprendidos

Al respecto, un estudio de Vio Del Río, Salinas, Lera, González y Huenchupán (2012), se realizó un análisis comparativo del conocimiento y consumo alimentario entre los escolares (pre kínder, primero y segundo básico), sus padres y profesores. Al respecto se encontró un buen conocimiento de los niños(as) sobre la alimentación saludable, con un adecuado consumo de ellos. En los padres y profesores, en cambio, a pesar de tener conocimientos adecuados, su consumo era muy poco saludable. Así, se plantea que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de los padres y sobre todo la madre, determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos (Encinas & Enríquez, 2007).

Con esto en mente, se hace necesario para la prevención y un tratamiento efectivo de la obesidad infantil, que los profesionales de salud centren sus esfuerzos en reforzar los conceptos acertados que tengan las madres de una dieta saludable y prevención de obesidad, así como en valorar realmente la ejecución de los consejos nutricionales que se les entregan en cada control de salud, e indagar en los conceptos erróneos, mitos, temores o hábitos que no contribuyan a conservar una régimen nutricional beneficioso para sus hijos (Jain et al., 2001). El procurar vislumbrar las motivaciones, conocimientos y creencias que poseen los padres para no llevar a cabo los consejos nutricionales, así como las percepciones alteradas del estado nutricional,

permitiría a los equipos multidisciplinares y a los desarrolladores de campañas de salud, a realizar intervenciones más dirigidas, pertinentes y por su puesto con mayores resultados exitosos (Rhee, DeLago, Arscott-Mills, Mehta y Davis, 2005).

De esta manera, existe evidencia que los padres que recibieron la información que su hijo(a) se encontraba con sobrepeso aumentaron las restricciones sobre el consumo de alimentos pocos saludables (Webber, Hill, Cooke, Carnell & Wardle, 2010). Al respecto, las percepciones maternas del estado nutricional tienen implicancias importantes para el éxito o el fracaso de la prevención del sobrepeso en los niños y niñas, por lo que los esfuerzos de intervención en programas educativos son exitosos de acuerdo al reconocimiento que tienen las madres sobre los riesgos de salud asociados con la acumulación del exceso de grasa (Madrigal-Fritsch et al., 1999).

3. Percepción del estado nutricional e imagen corporal

El aumento de la malnutrición por exceso, específicamente obesidad, ha llevado a la búsqueda de nuevos factores que intervienen en el desarrollo de esta patología, más allá del balance energético positivo y el sedentarismo, siendo uno de estos la percepción del peso y estado nutricional (Pino et al., 2010).

La percepción tiene que ver con una valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los esquemas significativos concebidos en la infancia, desde los cultural y social. Además se relaciona con sentimientos y apreciaciones del mundo interno y externo del individuo (Morris, Sánchez & Avilés, 1992).

La percepción que una persona tiene sobre un aspecto en particular, está influenciada por la percepción social, la percepción simbólica, la percepción imaginaria y la percepción de la salud. Desde esta perspectiva, nos encontramos ante un gran reto en lo referente al tratamiento de la obesidad, ya que además de los aspectos meramente fisiológicos, el psicológico influye en gran medida en su éxito o fracaso (Pérez-Gil & Romero, 2008).

El cuerpo se construye, en parte, por la percepción que los individuos tienen de él; es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma (Pérez-Gil & Romero,

2008). Es decir, la percepción de la imagen corporal que las personas tienen de ella, va a depender directamente de los atributos que la sociedad y la cultura le otorguen (Lovejoy, 2001).

De esta manera según Schilder (1950, como se citó en Pérez-Gil & Romero, 2008), la imagen corporal sería aquella que forma la mente acerca del propio cuerpo, es decir, el modo en que el cuerpo se manifiesta a la persona. La imagen corporal, por lo tanto, no es necesariamente consistente con la apariencia física real; por el contrario, es más importante las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo. En suma, la imagen corporal corresponde a la imagen de uno mismo hacia su cuerpo, que se construye a partir de un esquema corporal perceptivo, ligado a la identidad, a los sentimientos y a las conductas, entre otros aspectos (Pérez-Gil & Romero, 2008).

La distorsión de la imagen corporal es evidenciada por una subestimación o sobreestimación de su tamaño, lo que indica que una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo se vincula a una insatisfacción corporal, que es la base de las prácticas alimentarias de riesgo (Cruz & Mangato, 2002). De esta manera, la ambivalencia en las representaciones de la gordura y la delgadez también han influido de diferentes maneras en los comportamientos alimentarios (Pérez-Gil & Romero, 2008).

Diversos estudios (Pino et al., 2010; Atalah et al., 2004; Díaz, 2000; Mujica et al., 2009) plantean que la errónea percepción de que la imagen o tamaño corporal influye o se relaciona directamente con el estado nutricional de las personas, tendiendo a la subestimación o sobrestimación del peso corporal real.

4. Percepción de padres y madres del estado nutricional de sus hijos(as).

Tal como se menciona anteriormente, la distorsión de la imagen corporal, se produce cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo real que está siendo representado (Padilla-Vargas, Roselló-Araya, Guzmán & Aráuz, 2006).

Diversos estudios (Eckstein et al., 2006; Díaz, 2000; Warschburger & Kröller, 2009; Maynard et al., 2003; Doolen & Miller, 2009; Zonana-Nacach & Conde-Gaxiola, 2010)

afirman que la percepción materna y paterna alterada del estado nutricional afecta la percepción del estado nutricional de sus hijos(as) y es a su vez un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de malnutrición por exceso.

Un estudio realizado en la Región de Magallanes en Chile, analizó la percepción materna de 270 mujeres del estado nutricional de sus hijos e hijas, se encontró que fue adecuado solo en el 54,07% de las madres encuestadas, con un alto porcentaje de ellas (41,48 %) que tendieron a subestimar el exceso de peso en sus hijos(as). Los factores de riesgo obtenidos fueron: subestimación del estado nutricional, obesidad materna, mayor número de hijos, mayor edad en los(as) niños(as) y antecedente de obesidad en el niño(a), mientras que la percepción adecuada disminuyó la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad (Bracho & Ramos, 2007).

En otro estudio realizado en el Hospital “Durand” de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, se evaluaron niños y niñas de edad preescolar con riesgo de sobrepeso y obesidad, y sus respectivas madres, evidenciando una diferencia significativa en la prevalencia de distorsión de la imagen corporal y los hábitos alimentarios entre las madres de niños(as) con normopeso y aquellas madres cuyos(as) hijos(as) presentaban sobrepeso y obesidad, siendo esta percepción un factor de riesgo significativo para estos últimos (Hirschler et al., 2006).

Los estudios revisados se han enfocado principalmente en los factores socioeconómicos y sociodemográficos que se relacionan con la alteración en la percepción del peso (Maynard et al., 2003; Warschburger & Kröller, 2009; Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000; Zonana-Nacach & Conde-Gaxiola, 2010).

De esta manera la percepción errónea del estado nutricional por parte de los padres y madres se ha relacionado principalmente con el estrato social o con los ingresos económicos, igualmente con el grado de instrucción materna e incluso con el peso materno (Cabrera et al., 2013).

En resumen, si bien las madres y los padres de los niños y niñas obesos(as) se encontraban sensibilizados respecto a los riesgos producidos por la obesidad, tal vez

por patrones socioculturales, existe una distorsión en la apreciación de la condición nutricional de sus hijos(as). Lo anterior podría ser un factor determinante en el alto porcentaje de obesidad y contribuir además de forma negativa en las intervenciones terapéuticas realizadas para disminuir los malos hábitos alimentarios (Díaz, 2000).

De esta forma las percepciones maternas y paternas del estado nutricional tienen implicancias importantes para el éxito o el fracaso de la prevención del sobrepeso en los(as) niños(as), por lo que los esfuerzos de intervención en programas educativos son exitosos de acuerdo al reconocimiento de las madres y padres sobre los riesgos de salud asociados con el estado nutricional de sus hijos(as) (Cabrera et al., 2013).

5. Creencias de los padres con respecto a la obesidad y hábitos alimentarios saludables y su relación con la percepción paterna y materna del estado nutricional.

Tal como se mencionaba anteriormente, las madres tienen problemas para percibir de forma adecuada el sobrepeso y obesidad de sus hijos(as) y podría ser más fácil que perciban adecuadamente el sobrepeso y obesidad que se presenta en niños y niñas no emparentados, es decir, en aquellos niños(as) con los que no se comparten lazos consanguíneos (Young-Hyman, Herman, Scott & Schlundt, 2000; Muhammad, Omar, Shah, Muthupalaniappen & Arshad, 2008).

Por otra parte, se ha encontrado que madres de niños(as) con sobrepeso y obesidad refieren que el peso de su hijo(a) no será un problema futuro para la salud (Lara-García, Flores-Peña, Alatorre-Esquivel, Sosa-Briones & Cerda-Flores, 2011). Al respecto, las investigaciones relacionan la percepción del peso de los niños y niñas con los conocimientos y creencias respecto a los hábitos de alimentación, obesidad y la percepción de riesgo de los padres y madres.

En un estudio realizado por Etelson, Brand, Patrick y Shirali (2003), se examinó la comprensión de los padres con respecto al exceso de peso como un riesgo para la salud, el conocimiento de los hábitos saludables de alimentación, y el reconocimiento de la obesidad en sus hijos e hijas (de 4 a 8 años). De los 83 padres encuestados, el 23% tenían niños(as) con sobrepeso/obesidad, estos padres no difieren de otros en su

nivel de preocupación por el exceso de peso como un riesgo para la salud o en su conocimiento de los patrones de alimentación saludables, pero los dos grupos de padres difirieron en la precisión de sus percepciones sobre el peso de sus hijos. Sólo el 10,5% de los padres de niños(as) con sobrepeso percibe el peso de sus hijos con precisión en comparación con el 59,4% de los otros. Además, los padres de niños(as) con sobrepeso/obesidad, invariablemente subestiman el peso de sus hijos(as).

Resultados similares encontraron Lara-García et al. (2011) en México, donde 84 de 100 madres de niños(as) con sobrepeso/obesidad no percibieron adecuadamente el peso de su hijo(a). El 97,5% percibió el sobrepeso/obesidad de niños(as) no emparentados y 83,1% reconoció el sobrepeso/obesidad como riesgo de salud. Los autores concluyeron que a pesar de reconocer riesgos de salud, las madres no perciben adecuadamente el peso de sus hijos(as), aunque si en hijos(as) de otras personas.

En otro estudio transversal (Sarrafzadegan et al., 2013) se evaluaron los conocimientos, las actitudes de los padres, creencias y comportamientos sobre el estado del peso de sus hijos(as), el control del peso, la obesidad, la dieta, el estilo de vida y los factores psicosociales relacionados mediante un cuestionario validado. El 90% de los padres eran conscientes de que la obesidad es una enfermedad, y el 92% sabía que comer demasiada comida rápida podría conducir a la obesidad en los(as) niños(as). Sólo el 5% supone que los(as) niños(as) obesos son más saludables que los(as) niños(as) no obesos(as). Las puntuaciones medias de los tres subgrupos no mostraron diferencias significativas en el conocimiento, la actitud y las creencias y el comportamiento. Finalmente, los autores encontraron que sólo el 12% de los padres trató de ayudar a sus hijos(as) a perder peso por lo menos una vez, y sólo el 6% organizó actividades deportivas para los miembros de la familia.

Relacionado con lo anterior, en Malasia (Muhammad et al., 2008), se examinó la percepción de los padres del estado del peso de sus hijos(as), y su asociación con sus conocimientos en la nutrición y la obesidad. Se encontró que los padres tendían a subestimar el estado de peso infantil y el 38,2% eran inexactos en su percepción. Además, los padres mostraron un conocimiento inadecuado sobre la pirámide de los

alimentos y la preparación de comidas bajas en grasa. Se concluyó que a pesar de que los padres poseen conocimiento general sobre los temas de nutrición y obesidad, esto no es suficiente para que reconozcan el creciente sobrepeso y problemas de obesidad en sus hijos(as).

De esta manera, es de especial relevancia la correcta percepción de la madre o padre del estado nutricional del menor, ya que si ésta es errónea, minimizada o no identificada, difícilmente se tomarán en consideración y práctica los consejos otorgados en la orientación nutricional proporcionada por profesionales, y llevará en el futuro, a complicaciones de salud serias (Porti, 2006). Incluso se puede dar la situación, según West et al. (2008), que no sólo desconozcan o no identifiquen la obesidad de sus hijos(as), ni los problemas de salud que pueda traer como consecuencia, sino que, incluso la vean como un signo de salud. Del mismo modo, son trascendentes los diversos tipos de creencias existentes para la elección de alimentos por parte de la madre. Sería beneficioso indagar los motivos que les lleva a proporcionar, en caso de hábitos alimentarios poco saludables, este tipo de dieta, a pesar de que se les haya entregado orientación nutricional saludable en los controles de su hijo(as). Así mismo, aportaría positivamente, identificar qué se encuentra en el trasfondo de estas conductas, creencias, hábitos arraigados y mitos, en pos de una intervención nutricional en profundidad, personalizada y efectiva.

Así, las investigaciones concuerdan en relaciones significativas entre los conocimientos relativos a alimentación y estilos de vida saludable y la deficiente percepción del estado nutricional de sus hijos(as), mostrando la importancia de este factor en el reconocimiento del sobrepeso y la obesidad y por lo tanto, en la incorporación de estos en la prevención y promoción de la salud en los niños y niñas.

6. Funcionamiento familiar y percepción de madres y padres de la obesidad infantil.

El funcionamiento familiar se define como la dinámica de relación sistemática de la familia que se efectúa a través de la cohesión, la armonía, los roles, la comunicación, permeabilidad, la afectividad y adaptabilidad. Al hablar de cohesión, se alude a la unión familiar tanto física como emocional, vínculo necesario para enfrentar diversas

situaciones y tomas de decisiones del día a día; la armonía se refiere al equilibrio entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en conjunto; la comunicación se refiere a que los miembros de la familia son capaces de transmitir y contar sus experiencias de manera directa y clara; la permeabilidad se relaciona con el medio externo, es decir, qué tan capaz es la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias o instituciones; la afectividad está relacionada con la capacidad de los miembros de la familia en demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros; los roles se refiere a que cada miembro de la familia cumple funciones determinadas, responsabilidades negociadas previamente por el núcleo familiar y por último, la adaptabilidad alude a la habilidad de la familia en adecuarse a los cambios (Ortega, Cuesta & Días, 1999).

Las funciones familiares están en la base de la salud de las personas y de los grupos, dado que favorece el crecimiento, el desarrollo del ciclo vital y el equilibrio emocional, lo que ayuda a enfrentar las situaciones de vida (Ortega et al., 1999).

Cuando se habla de funcionamiento familiar, se hace referencia al movimiento y cambio en la familia, es decir, la capacidad que tienen los miembros de ella en realizar modificaciones en su forma de relacionarse, dependiendo de las necesidades que vayan surgiendo. Es por esto, que el funcionamiento familiar es un proceso de interacción entre el individuo, la familia y la cultura (McGoldrick & Carter, 2003 como se citó en García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2006) y esta capacidad de cambio permite regular complejas dimensiones, tales como las afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas (Lee et al., 2002 como se citó en García-Méndez et al., 2006), dimensiones relacionadas de tal forma que al modificarse una de ellas las otras también sufren cambios (Palomar, 1998, como se citó en García-Méndez et al., 2006).

López y Mancilla (2000) señalan que la familia es un determinante en los problemas de conducta alimentaria y obesidad, los cuales puede ser producto de una dinámica familiar disfuncional. Al hablar de disfuncionalidad, se alude a que la familia no tiene la capacidad de asumir cambios, mantiene la rigidez en sus reglas de manera

potente lo que impide que se ajusten a su propio ciclo vital y desarrollo individual de cada miembro.

Como se ha mencionado la obesidad es multifactorial, ya que influyen una serie de factores genéticos y ambientales. Entre estos últimos, la dinámica y el funcionamiento familiar podría favorecer el desarrollo de obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes, lo que desencadenaría en el desarrollo de un “ambiente obesógeno” (Nájera, 2014).

Si bien no hay mayores estudios que exploren la disfunción familiar con la obesidad en los(as) niños(as) y adolescentes, sí se señala que en ambientes familiares adversos, puede ocasionar a los hijos o hijas una mayor ingestión de alimento como mecanismo compensatorio (Herrera, 1997).

A pesar de lo anterior, existen investigaciones (González-Rico et al., 2012; Jaramillo-Sánchez, Espinosa-de Santillana & Espíndola-Jaramillo, 2012) que muestran que la obesidad se relaciona con dificultades en el funcionamiento de las familias y con problemas para ofrecer contención emocional y conductual.

En la investigación realizada por González-Rico et al. (2012) fueron analizados 452 niños y niñas mexicanos, obesos(as) y no obesos(as), de entre seis a nueve años de edad procedentes de familias nucleares. El análisis arrojó una asociación entre disfunción familiar y obesidad, donde las áreas relativas a formación de identidad y disciplina y métodos mostraron una puntuación menor en niños(as) obesos(as). De esta forma, se observó que la disfunción familiar y la baja escolaridad de la madre fueron factores de riesgo para obesidad.

Sandoval-Montes et al. (2010) realizaron una investigación donde se relacionaron ocho áreas de la dinámica familiar y su asociación con la obesidad en 184 niños(as) mexicanos (64 con obesidad y 120 con normopeso). A pesar de que no se identificó asociación entre disfunción familiar y obesidad, hubo un mayor porcentaje (10%) de familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en los(as) niños(as) con obesidad. Además, dentro de las áreas de funcionamiento familiar, *la dinámica de los padres como pareja y la estructura de la autoridad en la familia* mostraron

puntuaciones mayores en el grupo control (normopeso). Se concluyó que es necesario aclarar si realmente estas alteraciones propician un ambiente obesógeno.

Nájera (2014), por su parte realizó un estudio con 116 niños(as) de entre 7 y 11 años donde se analizó la relación entre funcionamiento familiar y obesidad. Al respecto, identificó que no hay una diferencia significativa en la funcionalidad familiar de los(as) niños(as) con obesidad y con normopeso, ya que aparentemente en ambas partes hay una buena comunicación y apoyo así como cohesión. Sin embargo, se encontró que las áreas de comunicación y apoyo así como reglas y roles presentaron una puntuación mayor en los(as) niños(as) con obesidad. Además el área de expresión de afecto presentó una puntuación menor en comparación con los(as) niños(as) de peso normal; es decir perciben una menor expresión de afecto en sus familias, a pesar de encontrarse en un ambiente más estricto en cuanto al seguimiento de roles y reglas. De esta manera, los hábitos alimentarios se han ido modificando por factores que alteran la dinámica familiar tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los(as) niños(as) (Macias et al., 2012).

A partir de lo anterior, los estudios realizados para esclarecer la participación de la familia en el tema del control de peso en los niños y niñas, muestran que el grado de participación por parte de los padres conduce a mejores resultados en cuanto a lograr pérdidas de peso (Rubio, et al. 2007), por lo que autores como López y Macilla (2000) destacan la importancia de la familia como un factor determinante en la génesis de los problemas alimentarios, dado que la salud mental de los miembros de la familia y la dinámica disfuncional de ésta pudiese estar relacionada con su estado nutricional, donde el individuo con obesidad funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones. En este sentido se ha encontrado también que el sobrepeso se encuentra directamente correlacionado con una alta problemática familiar (Encinas & Enríquez, 2007).

Finalmente, Anderson y Butcher (2006, como se citó en Guzmán, Del Castillo & García, 2010) señalan una fuerte influencia de la familia en la obesidad de los hijos e hijas. En relación con esto, la probabilidad de tener un(a) hijo(a) con obesidad aumenta

con la gordura de los progenitores: en un 80% si ambos padres son obesos y 40% si sólo un progenitor lo es (Guzmán et al., 2010). De esta manera, es clave señalar que los padres son modelos importantes y fundamentales para sus hijos(as), ya que son la base para la modificación de la conducta de éstos, por lo que es importante considerar la percepción que tanto los padres tienen de sus hijos(as) como éstos y éstas tienen de sus padres (Guzmán et al., 2010). Incluyendo, además, elementos de la dinámica familiar como posibles factores de riesgo para la obesidad en los(as) menores, por lo cual es necesario considerarlos en la prevención de esta patología (González-Rico et al., 2012).



III. Planteamiento del problema

1. Fundamentación del problema

El MINSAL (2014) entrega datos preocupantes con respecto al estado nutricional de los infantes en Chile: un 22,3% de los(as) niños(as) de pre-kínder son obesos(as), cifra que aumenta a 25,3% en 1º básico. De esta manera, el alza brusca de aumento de peso se presenta en niños(as) que tienen entre tres y cinco años, es decir, de edad preescolar (MINSAL, 2014).

La infancia es una etapa fundamental en la adquisición y desarrollo de hábitos alimentarios que determinan el estado nutricional en todas las demás etapas de la vida. Así, si estos hábitos son adecuados, contribuyen a garantizar una mejor salud en la edad adulta (Aranceta, 1997).

Diversos estudios (Díaz, 2000; Warschburger & Kröller, 2009; Doolen & Miller, 2009; Eckstein et al., 2006; Maynard et al., 2003; Zonana-Nacach & Conde-Gaxiola, 2010) afirman que la percepción materna y paterna alterada del estado nutricional afecta la percepción del estado nutricional de sus hijos(as) y es a su vez un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de malnutrición por exceso.

En Chile, la investigación en torno a la percepción del estado nutricional es relativamente escasa, apuntando principalmente a factores sociodemográficos asociados a esta variable. Es por lo anterior, que el interés de este trabajo surge como respuesta a dicho problema con el fin de plantear una amplia exploración teórica e investigativa que genere conocimiento nuevo y pertinente a esta población en el tema, ampliando el foco de la psicología de la salud, con un abordaje integrador del niño(a), incluyendo variables relacionadas con los conocimientos y creencias relativas a la obesidad infantil de los padres, madres y cuidadores.

Con respecto a la influencia del entorno familiar, Hagin (2006, como se citó en Pompa & Montoya, 2011) señala que éste desempeña un rol significativo en relación con la comida, la conducta y los síntomas de depresión en los(as) niños(as) con obesidad. Es por esto que es importante abordar el aspecto psicológico de la obesidad y el sobrepeso, pues muchos trastornos del apetito encubren disfunciones familiares o

problemas de autoestima y sociabilidad, los que pueden influir en la ingesta y la actividad física (Pompa & Montoya, 2011).

Por ello, el rol de la familia es fundamental para desarrollar hábitos y conductas saludables en los niños y niñas (Hagin, 2006, como se citó en Pompa & Montoya, 2011), aunque no hay que olvidar que los hábitos y conductas de los padres también se ven influenciados por los medios de comunicación, la publicidad y los propios conocimientos y creencias que estos tienen con respecto al tema (Macias et al., 2012; Crovetto et al., 2010; Olivares et al., 2006).

De esta manera, a través de la investigación se pretende contribuir a la generación de nuevos programas de intervención enfocados en niños y niñas con sobrepeso y obesidad, ya sea en hospitales, colegios o centros específicos de ayuda, con el fin de prevenir sintomatología negativa proveniente de su entorno familiar que sin duda juega un rol fundamental en cuanto al estado nutricional de los niños y niñas.

Así, el estudio permitirá resaltar la importancia de padres, madres o cuidadores en los niños y niñas con sobrepeso y obesidad. El objetivo final va dirigido en abordar a la persona desde una mirada sistémica, demostrar que la condición nutricional va más allá de un número y destacar las variables que se relacionan estrechamente con la percepción del estado nutricional, el funcionamiento familiar y las creencias relativas a la obesidad que tienen los adultos responsables y que influirían significativamente en el estado nutricional de los(as) niños(as).

Finalmente, cabe destacar que investigaciones como la de Cabrera et al. (2013), muestran que las percepciones maternas y paternas del estado nutricional tienen implicancias importantes para el éxito o el fracaso de la prevención del sobrepeso en los niños y niñas, por lo que los esfuerzos de intervención en programas educativos son exitosos de acuerdo al reconocimiento de las madres y padres sobre los riesgos de salud asociados con el estado nutricional de sus hijos(a)s y por lo tanto se relacionan estrechamente con las creencias que estos poseen con respecto a la salud y obesidad.

2. Pregunta de investigación

¿De qué manera el funcionamiento familiar y las creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil de los padres, madres y cuidadores, se relacionan con la percepción que tienen del estado nutricional de sus hijos e hijas?

3. Enunciado de hipótesis

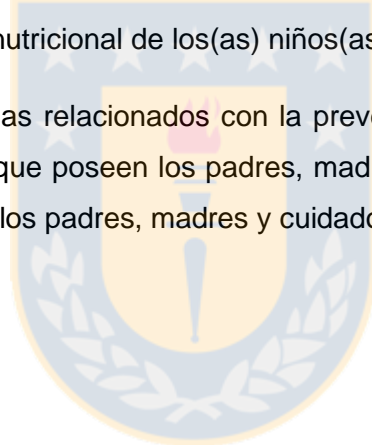
- 1) Los padres, madres o cuidadores de niños(as) con sobrepeso y obesidad subestiman el estado nutricional de sus hijos(as).
- 2) Los padres, madres o cuidadores de niños(as) con normopeso presentan mejores creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil que los adultos responsables de niños(as) con sobrepeso u obesidad.
- 3) Mejores creencias de los padres, madres y cuidadores relacionadas con la prevención de la obesidad infantil, se relacionan positivamente con la percepción acertada del estado nutricional de sus hijos(as).
- 4) Los padres, madres o cuidadores de niños(as) con normopeso presentan un funcionamiento familiar más funcional que los adultos responsables de niños(as) con sobrepeso u obesidad.
- 5) Un funcionamiento familiar más funcional percibido por los padres, madres y cuidadores, se relaciona con la percepción acertada del estado nutricional de sus hijos(as).

4. Objetivo general

Establecer la relación del funcionamiento familiar y las creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil en la percepción que tienen los padres, madres y cuidadores del estado nutricional de sus hijos e hijas de 4 a 6 años de edad.

5. Objetivos específicos

- 1) Evaluar la percepción de los padres, madres y cuidadores del estado nutricional de sus hijos(as) con respecto al índice de relación Peso/talla correspondiente.
- 2) Evaluar la relación de las creencias relacionados con la prevención de la obesidad infantil de padres, madres y cuidadores, y la percepción que tienen del estado nutricional de sus hijos e hijas.
- 3) Evaluar la relación del funcionamiento familiar percibido por los padres, madres y cuidadores, y la percepción que tienen del estado nutricional de sus hijos e hijas.
- 4) Identificar la relación entre factores de funcionamiento familiar de los padres, madres y cuidadores, el estado nutricional de los(as) niños(as) y su percepción de este.
- 5) Comparar las creencias relacionados con la prevención de la obesidad infantil y el funcionamiento familiar que poseen los padres, madres y cuidadores de niños(as) con sobrepeso u obesidad y los padres, madres y cuidadores de niños(as) normopeso.



IV. Marco metodológico

1. Diseño de investigación

El presente estudio utilizó un diseño cuantitativo, de tipo descriptivo y correlacional. Las mediciones se llevaron a cabo en un solo momento, por lo que se trata de un estudio trasversal.

2. Participantes

El total de participantes de este estudio fue de 117 padres y madres, además de sus respectivos hijos e hijas. En cuanto a los primeros, 29 (24,8%) son padres y 88 (75,2%) son madres, el promedio de edad correspondió a 35 años ($DE= 7,4$, rango de 20 a 50 años). Los participantes son habitantes de la VIII región y de comunas pertenecientes a la provincia de Concepción.

Por otra parte, se pudo obtener el estado nutricional de 86 niños y niñas del total de 117 padres y madres que aceptaron participar en el estudio (31 datos perdidos). Los niños y niñas son preescolares, cuyo promedio de edad de 4,6 años ($DE= 0,8$, rango de 3 y 6 años); estos fueron clasificados de acuerdo a su estado nutricional donde uno (0,9%) de ellos corresponde a la categoría de bajo peso, 49 (41,9%) a peso normal, 26 (22,2%) a sobrepeso y 10 (8,5%) a obesidad. Al respecto, los resultados de la distribución de evaluación nutricional realizada en cada establecimiento se presenta en la tabla 1.

Respecto al nivel educacional de los padres y madres, la mayoría de ellos(as) presentan estudios universitarios completos (71,7%), sin embargo, se pesquisó una diferencia clara entre ambos establecimientos; dado que el Instituto de Humanidades Concepción todos(as) los(as) apoderados(as) encuestados (100%) presentan estudios universitarios (ya sean completos o incompletos), situación que solo se da en 13 casos (38%) del Jardín Infantil Palabritas. En la tabla 2 se presenta la distribución por nivel educacional del total de la muestra.

Tabla 1: Resultados de evaluación nutricional por establecimiento

	IHC	JIP	Total
Bajo peso	1	0	1 (0,9%)
Peso Normal	40	9	49 (41,9%)
Sobrepeso	17	9	26 (22,2%)
Obesidad	9	1	10 (8,5%)
Total	67	19	86 (100%)

IHC: Instituto de Humanidades Concepción; JIP: Jardín Infantil Palabritas

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Distribución por nivel educacional de padres y madres

	IHC	JIP	Total
1. Estudios superiores completos	79	5	84 (71,7%)
2. Estudios superiores incompletos	4	8	12 (10,3%)
3. Enseñanza media completa	0	11	11 (9,4%)
4. Enseñanza media incompleta	0	8	8 (6,8%)
5. Enseñanza básica completa	0	0	0
6. Enseñanza básica incompleta	0	1	1 (0,9%)
7. No sabe leer o escribir	0	1	1(0,9%)
Total	83	34	117 (100%)

IHC: Instituto de Humanidades Concepción; JIP: Jardín Infantil Palabritas

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, el tamaño reducido de la muestra se debió principalmente a factores externos, entre ellos, cambios en la dirección administrativa de ambos establecimientos para el mes de marzo del 2017, lo que dificultó la aplicación de las encuestas y la coordinación de la toma de datos. Además, dado el poco tiempo disponible para la etapa en terreno, la burocracia de las instituciones y el poco interés de otros colegios o jardines, fue dificultoso y poco factible aumentar la muestra dentro de la provincia de Concepción.

3. Variables de estudio

3.1 Variables Dependientes

a) Estado nutricional infantil

Definición conceptual: Condición física que presenta un niño o niña producto del balance entre el gasto y la ingesta de energía a través de los alimentos.

Definición operacional: El estado nutricional se determina a partir del cálculo del indicador de Relación peso/talla, determinando si el niño o niña pertenece a un estado nutricional de obesidad, sobrepeso, normopeso o bajo peso según la curva de distribución para niños y niñas menores de 6 años que se observa en las figuras 1 y 2.

b) Percepción de los padres, madres o cuidadores del estado nutricional de sus hijas/os

Definición conceptual: es la manera como visualizan las madres, padres o cuidadores a sus hijos e hijas y los(as) ubican en un parámetro de estado nutricional.

Definición operacional: Respuesta obtenida en pregunta de alternativa en contraste con estado nutricional real del niño o niña.

3.2 Variables independientes

a) Creencias frente a la prevención de la obesidad infantil

Definición conceptual: Frase o aseveración respecto a los conocimientos y conductas relacionados con la salud, la obesidad o el sobrepeso que se aceptan como verdad y que tienen a una actitud de prevención a la obesidad infantil (Hernández, 2010).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la escala total de creencias de obesidad en niños (ECOI).

- Creencias relacionadas con la obesidad infantil

Definición conceptual: Frase o aseveración relacionados con la salud, la obesidad o el sobrepeso que se aceptan como verdad (Hernández, 2010).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 1, 2 y 3 la escala de creencias de obesidad en niños (ECOI).

- Conocimientos relacionados con la obesidad infantil

Definición conceptual: Información adquirida relacionada con la salud, la obesidad y el sobrepeso (Hernández, 2010).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de la escala de creencias de obesidad en niños (ECOI).

- Comportamientos relacionados con la obesidad infantil

Definición conceptual: Ejecución de conducta relacionados con la salud, la obesidad o sobrepeso (Hernández, 2010).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 10 y 11 de la escala de creencias de obesidad en niños (ECOI).

b) Funcionamiento familiar:

Definición conceptual: Dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la escala total de funcionamiento familiar, FF-SIL.

- Cohesión

Definición conceptual: Unión familiar física y emocional al enfrentar diversas situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 1 y 8 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL

- Armonía

Definición conceptual: Equilibrio emocional positivo entre las necesidades y los intereses individuales con los de la familia (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 2 y 13 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL

- Comunicación

Definición conceptual: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 5 y 11 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL.

- Permeabilidad

Definición conceptual: Capacidad de las familiar en brindar ayuda y recibir experiencias de otras familias o instituciones (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 7 y 12 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL.

- Afectividad

Definición conceptual: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 4 y 14 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL.

- Roles

Definición conceptual: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 3 y 9 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL.

- Adaptabilidad

Definición conceptual: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (Ortega et al., 1999).

Definición operacional: Puntaje obtenido en los ítems 6 y 10 de la escala de funcionamiento familiar, FF-SIL.

4. Instrumentos de medida

1) Escala de creencias de obesidad en niños (ECOI), creado por Vera-Villarroel, Bastías y Mena (2004). El instrumento consiste en la evaluación de conocimientos, creencias y comportamientos relacionados con la obesidad, tipo escala Likert. Contempla dos apartados: Introducción e instrucciones para contestar los dispositivos y la presentación de los 11 ítems y sus respectivas escalas de respuestas. Las respuestas de los ítems presentan un mínimo de 1 “muy en desacuerdo” y un máximo de 5 “muy de acuerdo”, donde las respuestas tendientes a una actitud de prevención de la obesidad infantil, están más cercanos al máximo =5. La forma de corrección del ECOI implica sumar los puntajes de cada pregunta. Un alto puntaje implica que las madres, padres y cuidadores presentan mejores creencias con respecto a la prevención de la obesidad en niños y niñas. El instrumento posee preguntas referidas a las creencias de obesidad (ítems 1, 2 y 3) por ejemplo: “Los niños gordos son más sanos que los delgados”, los conocimientos relacionados con la obesidad (ítems 4, 5, 6, 7, 8 y 9) por ejemplo: “la actividad física previene el desarrollo de obesidad infantil” y comportamientos asociados a la obesidad (ítems 10 y 11) por ejemplo: “yo me ocupo de que mi hijo realice, por lo menos, media hora diaria de actividad física”. El análisis de los resultados del estudio original (Vera-Villarroel et al., 2004) mostró un buen nivel

de confiabilidad de $\alpha = 0,77$ para la escala total. Esta escala se encuentra en el Anexo 1.

2) Escala de funcionamiento familiar (FFSIL) elaborada por Ortega et al. (1999). Consiste en la presentación 14 situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, correspondiendo 2 ítems a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: cohesión (ítem 1 y 8), armonía (ítem 2 y 13), comunicación (ítems 5 y 11), permeabilidad (ítems 7 y 12), afectividad (ítems 4 y 14), roles (ítems 3 y 9) y adaptabilidad (ítems 6 y 10). Cada ítem es respondido en una escala Likert de 5 puntos que van desde 0 = "nunca" a 4 = "Siempre", según su percepción como miembro familiar. Este último preferentemente es el jefe del núcleo familiar o un miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro o los miembros que produzcan el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar que se espera evaluar. En este estudio (Ortega et al., 1999), la consistencia interna total fue de $\alpha = 0,91$. Esta escala se encuentra en el Anexo 2.

3) Percepción del estado nutricional: Para la medición de esta variable se utilizó la pregunta "¿Cómo definiría el estado nutricional de su hijo actualmente?"; la cual tenía 4 opciones de respuesta: Bajo peso, Peso normal, Sobrepeso y Obesidad. Estudios similares a éste (Bracho y Ramos, 2007; Díaz, 2001) han utilizado preguntas afines en poblaciones de padres y madres con características equivalentes.

La respuesta se contrastó con el estado nutricional real de los niños y niñas, el cual fue obtenido a través de la relación Peso/Talla. Lo anterior fue clasificado de acuerdo a la siguiente manera para identificar si existió error o acierto perceptivo:

- a) Subestimado: Reporte perceptivo de la madre o padre es menor al estado nutricional del niño(a).
- b) Estimado correctamente: No hay diferencia entre el estado nutricional del niño(a) y el reporte perceptivo de la madre o padre.
- c) Sobreestimado: Reporte perceptivo de la madre o padre es mayor al estado nutricional del niño(a).

4) Cuestionario socio-demográfico: se elaboró un cuestionario ad-hoc en el que se registrará información acerca del sexo, edad, estado civil, escolaridad, trabajo y datos relevantes sobre el grupo familiar. El ejemplar de este cuestionario se encuentra en el Anexo 3.

5. Procedimiento de recolección de datos o información

Se realizó una prueba piloto a 6 madres de niños y niñas entre 4 y 6 años, las cuales a pesar de no cumplir con los criterios de inclusión para este estudio, tienen las características cognitivas esperables de acuerdo a su edad, lo que permitió hacer las modificaciones correspondiente al lenguaje de los instrumentos que se aplicaron a la población de estudio. Tras este procedimiento piloto, no se realizaron modificaciones a los ítems de los instrumentos; solo se modificaron algunas de las preguntas del cuestionario sociodemográfico que generaban confusión al momento de responder, por lo que se cambió el orden y la redacción de las instrucciones para mayor claridad.

Se tomó contacto con los siguientes establecimientos educativos y centros, para obtener un registro previo de la muestra poblacional:

1. Colegio Instituto de Humanidades “Alfredo Silva Santiago”, se realizó el contacto con el rector del establecimiento, el Señor Claudio Moraga, comuna de Concepción.

2. Jardín Infantil “Palabritas”, se realizó el contacto con la Directora del establecimiento, la Señora Mireya Pincheira, comuna de Concepción.

Gracias a la colaboración del contacto establecido en los establecimientos, se realizó la toma de datos con las madres y los padres de los(as) menores durante las reuniones de apoderados correspondientes, donde se les explicó los objetivos del estudio y se les informó acerca de la confidencialidad y la voluntariedad de la participación. En la ocasión se les solicitó firmar una carta de consentimiento informado a los padres y madres.

La aplicación de la batería de instrumentos se realizó de manera autoaplicada para todos los padres y madres, solo se realizó de forma heteroaplicada en 2 casos, por dificultades de los participantes para leer y escribir.

Posterior a la autorización de los padres y madres, los(as) niños y niñas que cumplían con los criterios de inclusión en el estudio, fueron medidos y pesados por profesionales atinentes de los establecimientos (profesores educación física en práctica en el caso del Colegio Instituto de Humanidades y una asistente de aula en el caso del Jardín Infantil Palabritas), siendo supervisados por la investigadora quien aseguró la regularidad del procedimiento de obtención de estos datos.

Los datos de peso y talla fueron recopilados durante la tercera y la cuarta semana de mayo en el Colegio Instituto de Humanidades y entre la cuarta semana de mayo y la primera de junio en el Jardín Infantil Palabritas, sin hora específica. Se utilizó para todas las mediciones de peso una pesa digital, con el(la) menor de pie y descalzo; para la medición de la talla se utilizó un tallímetro portátil, con el(la) menor de pie, descalzo, en posición erguida y mirando hacia el frente.

Por último, cuatro madres se negaron directamente a participar en el estudio; y se enviaron 3 encuestas al hogar, de las cuales se recuperaron 2.

5.1 Aspectos éticos

El proyecto de tesis para optar al grado de magister, antes de su aplicación a la población pertinente, fue revisado por una comisión docente de la Universidad de Concepción, la cual dio las acotaciones necesarias para la viabilidad del proyecto y el resguardo de los aspectos personales y éticos de los participantes.

La participación de la población objetivo fue de manera voluntaria y confidencial, se les explicó tanto a los docentes y directivos de los establecimientos como a los(as) apoderados(as), la relevancia de su participación en el estudio y junto con ello la discreción del uso de los datos que se requirieron solo para fines investigativos.

Respeto a lo anterior, se les pidió firmar a madres y padres, el consentimiento informado pertinente (Anexo 4) antes de la aplicación de los instrumentos y de realizar

las mediciones en los niños y niñas. Además se incluyó en la carta de consentimiento, el correo electrónico de contacto de la investigadora para que puedan consultar frente a cualquier duda o inquietud que pudiera surgir en cualquier etapa de la investigación.

6. Procedimiento de análisis de datos

Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de las variables independientes y dependientes, para determinar el promedio, la desviación estándar y los puntajes máximos y mínimos, con el fin de conocer cómo se comportan las variables a partir de los datos.

Se analizó la consistencia interna de las escalas y subescalas utilizadas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

Luego se evaluó la relación entre las variables a través del coeficiente de correlación r de Pearson. Por último, para la confirmación de las hipótesis del estudio se analizó la varianza utilizando el ANOVA de un factor y la t -student, con comparaciones múltiples post hoc, considerando un nivel de significación de 0.05. Para estos análisis se utilizó el paquete estadístico del programa SPSS 17.0

7. Resultados

Se analizó la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach. Estos datos se presentan en la Tabla 3.

En base a los datos anteriores es posible observar que la consistencia interna de la mayoría de las escalas es adecuada para fines de investigación pues superan el mínimo de 0,50 planteado por Nunnally (1978). Esto se refleja en las dos escalas completas: el FFSIL ($\alpha=0,79$) y ECOI ($\alpha=0,91$); por otra parte, existe una baja consistencia en las subescalas de cohesión ($\alpha=0,12$), permeabilidad ($\alpha=0,29$) y adaptabilidad ($\alpha=0,09$) que alcanzan valores menores a lo aceptable, lo que puede deberse a que las subescalas están constituidas solo con dos ítems, lo que distorsiona el cálculo de su confiabilidad.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos y confiabilidad de los instrumentos de estudio

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>A</i>
ECOI- Total	19	60	54,41	7,04	0,91
ECOI- Creencias	7	15	8,28	1,58	0,59
ECOI- Conocimientos	12	24	20,15	2,67	0,92
ECOI- Comportamientos	2	10	8,28	1,58	0,67
FFSIL- Total	30	56	46,82	5,54	0,79
FFSIL- Cohesión	2	8	6,75	1,26	0,12
FFSIL- Armonía	3	8	6,78	1,08	0,51
FFSIL- Comunicación	4	8	7,05	1,03	0,48
FFSIL- Permeabilidad	1	8	5,71	1,58	0,29
FFSIL- Afectividad	5	8	7,68	0,68	0,53
FFSIL- Adaptabilidad	4	8	6,38	1,19	0,09
FFSIL- Roles	3	8	6,47	1,32	0,51

FFSIL= Escala de funcionamiento familiar; ECOI = Escala de creencias de obesidad infantil

Fuente: Elaboración propia

Los padres y madres de acuerdo a su propia percepción del estado nutricional de sus hijos e hijas, identificaron a 4 de ellos(as) como bajo peso (3,4%), 95 como peso normal (81,2%), 16 como sobrepeso (13,7%) y 2 como obesidad (1,7%).

Por otra parte, respecto a la concordancia entre el estado nutricional real de los niños(as) y la percepción de los padres y madres, se encontró que estos últimos subestimaban el estado nutricional en 35 de 86 casos (40,7%), lo percibían de forma correcta en 48 de los casos (55,8%) y lo sobreestimaban en 3 de estos (3,5%).

Además, los padres y madres de niños(as) con sobrepeso y obesidad fueron los que presentaron un mayor error de percepción del estado nutricional de sus hijos(as), de los(as) cuales en 33 de los 36 casos (91,6%) subestimaban la situación y solo 3 estos(as) (8,4%) lo reconocían correctamente. Por otra parte, 44 de los 49 padres y madres de niños(as) con peso normal (89,8%) realizaban una apreciación correcta del estado nutricional de sus hijos(as), solo 2 lo subestimaban (4,1%) y 3 de ellos(as) lo sobreestimaban (6,1%).

Se realizó un análisis de las correlaciones bivariadas, la cual se presenta en la tabla 4. Entre las variables familiares, el funcionamiento familiar total ($r=0,21$), la cohesión ($r=0,19$), afectividad ($r=0,22$) y roles ($r=0,19$) se relacionan significativamente con las creencias de prevención de obesidad infantil. En cambio, la armonía ($r=0,10$), comunicación ($r=0,12$), permeabilidad ($r= 0,02$) y adaptabilidad ($r= 0,09$) no se relacionan significativamente con las creencias de prevención de obesidad infantil. Además las creencias asociadas con la obesidad infantil se relacionan significativamente con la afectividad ($r=0,22$), los conocimientos se relacionan significativamente con la afectividad ($r= 0,22$) y los roles ($r= 0,22$) y los comportamientos relacionados con la obesidad infantil se relacionan con el funcionamiento familiar total ($r= 0,30$), la cohesión ($r= 0,31$), la armonía ($r= 0,22$), la comunicación ($r= 0,20$) y los roles ($r= 0,29$).

Tabla 4: Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ECOI- Total	0,82***	0,96***	0,70***	0,19*	0,19*	0,10	0,12	0,04	0,22*	0,19*	0,09
2. ECOI- Creencias	1	0,73***	0,38**	0,10	0,08	0,04	0,06	0,02	0,20*	0,11	0,04
3. ECOI-Conocimientos		1	0,56**	0,14	0,14	0,05	0,08	0,02	0,22*	0,15*	0,05
4. ECOI-Comportamientos			1	0,30**	0,31**	0,22*	0,20*	0,08	0,11	0,29**	0,18
5. FFSIL_Total				1	0,69***	0,75***	0,69***	0,65***	0,53***	0,75***	0,62***
6. FFSIL- Cohesión					1	0,43***	0,34***	0,36***	0,35***	0,39***	0,38***
7. FFSIL- Armonía						1	0,57***	0,35***	0,43***	0,51***	0,40***
8. FFSIL- Comunicación							1	0,34***	0,31***	0,46***	0,34***
9. FFSIL- Permeabilidad								1	0,27**	0,36***	0,17*
10. FFSIL- Afectividad									1	0,29**	0,19*
11. FFSIL- Roles										1	0,47**
12. FFSIL- Adaptabilidad											1

FFSIL= Escala de funcionamiento familiar; ECOI= Escala de creencias de obesidad infantil; * $p<0,05$;

** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Fuente: Elaboración propia

Se realiza una evaluación de Asimetría y Curtosis para observar si las variables tienen un comportamiento normal, constatándose que todas las escalas se ubican en el rango ± 2 , a excepción de la subescala de comportamientos sobre obesidad que tiene valores de -3,83 y 17,43 respectivamente. Debido a que los análisis son univariados y bivariados se utilizaron estadísticos paramétricos.

A continuación, se realizó una prueba ANOVA entre los grupos diagnósticos reales (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad), para conocer las diferencias en las variables del estudio (funcionamiento familiar y creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil). También se realizó la misma prueba ANOVA entre los grupos de padres y madres de acuerdo al acierto o error en la percepción del estado nutricional de sus hijos(as). Respecto a estos análisis, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de estudio.

Por otra parte, se realizó una prueba ANOVA entre los grupos que mostraban la percepción subjetiva de los padres y madres del estado nutricional de sus hijos (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad), para conocer las diferencias en las variables del estudio. En este caso se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento familiar total, con un resultado $F(2,61) = 77,202$; $p < 0,05$, mostrando que los padres y madres de niños(as) que perciben bajo peso ($M=50,25$; $DE=1,89$) presentan mejor funcionamiento familiar que los padres y madres que perciben a sus niños(as) con peso normal ($M=47,25$; $DE=5,12$), sobrepeso ($M=43,81$; $DE=6,75$) u obesidad ($M=43,50$; $DE=13,43$).

También existieron diferencias significativas en la variable de comunicación, con un resultado de $F(3,70) = 3,689$; $p < 0,01$, entre los padres y madres que percibieron a sus hijos(as) como bajo peso ($M=7,75$; $DE=0,50$), o peso normal ($M=7,15$; $DE=0,95$), que presentan mejor comunicación que los padres y madres que percibieron a sus hijos(as) como sobrepeso ($M=6,44$; $DE=1,31$) u obesidad ($M=6,00$; $DE=1,41$). Además existen estos mismos resultados, con un $F(7,53) = 11,284$; $p < 0,001$, respecto a la variable de roles entre los padres y madres que percibieron a sus hijos(as) como bajo peso ($M=7,75$; $DE=0,50$) o peso normal ($M=6,63$; $DE=1,22$), los que presentan mejores

roles que aquellos que percibieron a sus hijos(as) como sobrepeso ($M=5,44$; $DE=1,26$) u obesidad ($M=4,5$; $DE=2,12$).

Finalmente, a través de la Prueba Chi-cuadrado, no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de estudio de los padres y madres de los dos establecimientos incluidos en el estudio (uno de ellos subvencionado y el otro particular), con respecto a ninguna de las variables presentadas.

8. Discusión

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, y tomando como guía la primera hipótesis, encontramos que los padres y madres de niños(as) con sobrepeso y obesidad subestiman el estado nutricional de sus hijos(as), por lo que se comprueba esta afirmación. Esto se relaciona con otros estudios, como el realizado por Díaz (2002) en la región del Bío-Bío, donde la valoración que las madres tienen sobre la condición nutricional de sus hijos e hijas resultó no ser concordante con el diagnóstico de obesidad que presentaban todos(as) los(as) y niños(as) seleccionados para el estudio. Resultados similares fueron obtenidos por Bracho y Ramos (2007), en un estudio realizado en la región de Magallanes en Chile, quienes encontraron que un alto porcentaje de las madres (41,48 %) tendieron a subestimar el exceso de peso en sus hijos(as). Todo esto nos muestra que la percepción adecuada de las madres y padres tiene relación con una menor probabilidad de que sus hijos e hijas presenten sobrepeso u obesidad.

Lo anterior se relaciona la representación de los padres y madres sobre el cuerpo ideal del infante y con las representaciones sobre los alimentos,, relacionado con el bagaje cultural de los padres, sobre todo de la madre. La importancia radica en la transmisión cultural de los modos de alimentación, donde en general, el(la) menor incorpora gran parte de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad a través de la familia, la cual tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al niño(a) (Osorio et al., 2002).

Por otra parte con respecto a las hipótesis 2 y 4, no se encuentran diferencias significativas en cuanto a las variables de creencias de obesidad infantil y

funcionamiento familiar en los grupos de padres y madres de los distintos diagnósticos nutricionales reales de los(as) niños(as). Esto concuerda con estudios como los realizados en la investigación de tesis de Nájera (2014), en la cual se evaluó la relación entre funcionalidad familiar y obesidad en escolares, donde se identificó que no hay una diferencia significativa en la funcionalidad familiar entre las familias con niños y niñas con obesidad, sobrepeso y peso normal. Por otra parte, respecto a las creencias de obesidad y su prevención, autores como Muhammad et al. (2008) concluyeron que a pesar de que los padres poseen conocimiento general sobre los temas nutrición y obesidad, esto no es suficiente para que reconozcan el creciente sobrepeso y problemas de obesidad en sus hijos(as).

Tampoco se encuentran resultados significativos en ninguna de las variables de creencias de obesidad infantil y funcionamiento familiar en los padres y madres que percibían de forma correcta o incorrecta el estado nutricional de sus hijos(as) (ya sea subestimándolo o sobreestimándolo). Dado lo anterior es que no se comprueban las hipótesis 3 y 5.

Sin embargo, en cuanto a la percepción de los padres y madres del estado nutricional de sus hijos(as), se encuentran diferencias en los grupos, donde los padres y madres que perciben a sus hijos(as) como bajo peso y peso normal, presentan mejor funcionamiento familiar que los padres y madres que perciben a sus hijos(as) como sobrepeso u obesidad. Esto además se repite para las variables de las subescalas de funcionamiento familiar: comunicación y roles, donde los padres y madres que perciben a sus hijos(as) como bajo peso y peso normal, presentan mejor comunicación y roles que los padres y madres que perciben a sus hijos como sobrepeso u obesidad.

Respecto a lo anterior, no existe literatura que se refiera directamente acerca de las diferencias entre la percepción de estado nutricional de los padres y madres y el funcionamiento familiar percibido por los(as) mismos(as). Lo que si se aprecia, son diferencias contradictorias relacionadas al estado nutricional infantil y la percepción de los(as) menores respecto al funcionamiento familiar, por ejemplo en el estudio los estudios de Nájera (2014) y Reyes y García (2014). En el primero de estos estudios (Nájera, 2014) se encontró que las áreas de comunicación y apoyo así como reglas y

roles presentaron una puntuación mayor en los(as) niños(as) con obesidad. Sin embargo en el área de expresión de afecto presento una puntuación menor en comparación con los(as) niños(as) con normopeso. Es decir los menores perciben una menor expresión de afecto en sus familias, a pesar de encontrarse en un ambiente más estricto en cuanto al seguimiento de roles y reglas. Además, el segundo estudio (Reyes y García, 2014) concluyó que en las familias de los(as) niños(as) con sobrepeso y obesidad puede existir comunicación de emociones, ideas y acontecimientos y que los miembros de la familia pueden mostrar respeto uno con otros, lo que se relaciona con el concepto de roles.

En relación a esto último, se destaca la importancia de la percepción relacionada con la persona que realice la apreciación con respecto a los diferentes reactivos del cuestionario, pues al parecer existirían diferencias palpables entre lo que los(as) niños(as) reportan y lo que los padres y madres perciben de acuerdo al estado nutricional de los(as) menores y el funcionamiento familiar propiamente tal. Cabe destacar sin embargo, lo importante que serían los factores de comunicación, roles y afectividad en el curso y génesis de los problemas nutricionales infantiles, los cuales deben ser estudiados con mayor precisión y ser incluidos en potenciales programas de tratamiento del sobrepeso y obesidad.

Además, a través la escala de creencias de Obesidad en Niños (ECOI), se observó que la mayoría de las madres y padres estaban conscientes e informadas del daño que provoca la obesidad, sin embargo, es probable que factores socioculturales permitan que exista una distorsión en la imagen y condición nutricional de sus hijos e hijas (Díaz, 2000). Producto de ello, se deduce que el deterioro en la percepción del estado nutricional de los niños(as) se vería influida por factores familiares, determinadas, tal vez, por la baja percepción de riesgo, donde la obesidad y el sobrepeso no serían vistas como condiciones de riesgo de salud, propiamente tal.

Al respecto, las percepciones maternas y paternas del estado nutricional tienen implicancias importantes para el éxito o el fracaso de la prevención del sobrepeso en los niños y niñas, por lo que los esfuerzos de intervención en programas educativos son exitosos de acuerdo al reconocimiento que tienen las madres y padres sobre los

riesgos de salud asociados con la acumulación del exceso de grasa (Madrigal-Fritsch et al., 1999).

De los resultados presentados anteriormente, sería importante destacar lo fundamental de la percepción de los padres y madres del estado nutricional de sus hijos, para el funcionamiento familiar y sus variables, más que el estado nutricional real de los niños(as) e incluso si esta percepción es errada o correcta. Vale decir, que de acuerdo a lo recabado, estas variables dependen netamente de la percepción que los adultos presentan, más que el dato nutricional concreto y real, el cual muchas veces es conocido por la familia y al parecer no tiene una mayor relevancia en cuanto a lo estudiado.

A pesar de lo anterior, cabe recordar que existen investigaciones (González-Rico et al., 2012; Jaramillo-Sánchez et al., 2012) que muestran que la obesidad se relaciona con dificultades en el funcionamiento de las familias y con problemas para ofrecer contención emocional y conductual, lo que se debe tener en consideración a pesar de los resultados encontrados, donde la percepción nutricional es más determinante que el estado nutricional real, sobre todo porque el tratamiento para la obesidad infantil debe ser multidisciplinar y abarcar cambios de estilos de vida, tanto en la escuela como en el hogar (Durá y Sánchez-Valverde, 2005), y sobre todo, porque ambientes familiares adversos, pueden ocasionar a los hijos o hijas una mayor ingestión de alimento como mecanismo compensatorio (Herrera, 1997)

Además, cabe destacar, que el procurar conocer las motivaciones, conocimientos y creencias que poseen las madres y padres para no llevar a cabo las consultas nutricionales, así como las percepciones alteradas del estado nutricional, permitiría a los equipos multidisciplinarios y a los desarrolladores de campañas de salud, realizar intervenciones más dirigidas, pertinentes y por supuesto con mayores resultados exitosos (Rhee et al., 2005).

8.1 Limitaciones del estudio

El estudio presenta algunas limitaciones. Una de ellas, es la pequeña cantidad de participantes, que impide que algunas diferencias encontradas resulten significativas;

por esto, se sugiere que futuras investigaciones incluyan una mayor cantidad de personas.

La segunda limitación radica en que la muestra no fue probabilística, por lo que no es posible su generalización a toda la población de padres y madres con hijos(as) en edad preescolar. Una tercera es que existen subescalas del instrumento de funcionalidad familiar FFSIL que no cumplen con la consistencia interna adecuada para este tipo de estudios; esto se refleja principalmente en las subescalas de cohesión, permeabilidad y adaptabilidad, donde podría hacer distorsión de los resultados, dada la baja consistencia interna que presentan, lo que podría explicarse por la baja cantidad de ítems que la componen (Aiken, 2003).

Otra debilidad es que no se exploraron otros factores que también podrían influir en la percepción materna y paterna del estado nutricional de sus hijos(as), tales como el Índice de Masa Corporal de la madre o padre, así como sus ingresos económicos; además, sería útil medir, como sugiere la literatura especializada, variables relacionadas con la percepción de riesgo de la obesidad, más que las relacionadas con la percepción del estado nutricional propiamente tal.

8.2 Conclusión

Respecto a los objetivos planteados para la presente investigación, se logró comprobar la existencia de una percepción distorsionada de los padres y madres del estado nutricional de sus hijos(as), lo cual se vio reflejado principalmente en los padres y madres con hijos(as) con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, los que presentaban mayor error perceptivo que los padres y madres con hijos(as) con diagnóstico nutricional de bajo peso o peso normal.

Por otra parte no se encontraron diferencias significativas respecto al funcionamiento familiar y las creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil en los padres y madres; esto se reflejó tanto en los diferentes grupos diagnósticos (Bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad) como en la clasificación de percepción (errada o acertada) de los padres y madres respecto al diagnóstico de sus hijos e hijas.

Dónde si se encontraron diferencias significativas fue en las variables de funcionamiento familiar total, comunicación y roles entre los padres y madres, clasificados de acuerdo su percepción subjetiva del estado nutricional de sus hijos(as). Vale decir que los padres y madres que perciben a sus hijos(as) como bajo peso y peso normal, presentan mejor funcionamiento familiar, comunicación y roles que los padres y madres que perciben a sus hijos(as) con sobrepeso y obesidad.

Finalmente, la importancia de los resultados obtenidos permite revelar la influencia y relevancia del funcionamiento familiar y el conocimiento e involucramiento de los padres y madres en las temáticas de prevención y promoción de salud nutricional de sus hijos e hijas. Por ello, es de esperar que estos resultados sean considerados por los padres y madres, para que se hagan más conscientes sobre los ambientes en los cuales los niños y niñas se desenvuelven y desde allí, poner énfasis no solo en su salud física sino también en su bienestar emocional. Esto, además, podría contribuir enormemente en los equipos multidisciplinarios que se enfocan en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, dado que la percepción materna y paterna del estado nutricional sería fundamental en el proceso de intervención clínico de estos problemas de salud en la infancia temprana.

V. Referencias

- Aguilar, M.a.J., González, E., Padilla, C.A., Guisado, R., & Sánchez, A.M. (2012). Sobrepeso y obesidad como factor pronóstico de la desmotivación en el niño y el adolescente. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1166–1169.
- Aguilar, C., Manrique, R., Tuesta, M., & Musayón, O. (2010). Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Revista Enfermería Herediana*, 3(1), 49-54.
- Aiken, L. (2003). *Psychological Testing and Assessment*. 11th ed. México: Pearson.
- Arnaiz, M. G. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, 146, 389-96.
- Amarante, V., Arim, R., Severi, C., Vigorito, A., Aldabe, I., de Melo, G., ... Salas, G. (2007). *El estado nutricional de los niños(as) y las políticas alimentarias*. UNDP Uruguay. Recuperado el 28 de septiembre, 2015, de: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Estado_nutricional_politicas_alimentarias.pdf
- Aranceta, J. (1997). Nutrición en el niño y adolescente. En: J. Meneghello (ed), *Diálogos en Pediatría* 9 (pp. 136-144). Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Anderson, S., Cohen, P., Naumova, E., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 285-291.
- Atalah, E., Urteaga, C., & Rebolledo, A. (2004). Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 1383-1388.

- Azula, L., Pérez, E., Sandoval, M., & Schneider, S. (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 179, 16-20.
- Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*, 106(6), 1380-1386.
- Bracho, F., & Ramos, E. (2007). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿ Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso?. *Revista chilena de pediatría*, 78(1), 20-27.
- Burrows, R., Díaz, N., & Muzzo, S. (2004). Variaciones del índice de masa corporal (IMC) de acuerdo al grado de desarrollo puberal alcanzado. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 1363-1368.
- Busdiecker, S., Castillo, C., & Salas, I. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(1), 5–11.
- Cabello, M.L., & Zúñiga, J.G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: Un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2). Recuperado el 4 de octubre, 2015, de <http://eprints.uanl.mx/1770/>
- Cabrera, N., Rolón, R., Garcete, L., Sanabria, M. C., Arredondo, M., & Pizarro, F. (2013). Comparison of Maternal Perception and Real Nutritional Status of Preschool Children Seen at a General Pediatric Facility. *Pediatría (Asunción)*, 40(3), 235-240.
- Carrasco, S. (2003). Orientaciones teóricas y formulación de problemas en el estudio socioantropológico de la alimentación. *Alteridades*, 13(26), 105-113.

- Calderón, C., Forns, C., & Varea, V. (2009). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *Anales de Pediatría*, 7(6), 489-494.
- Cebolla, A., Baños, R., Botella, C., Lurbe, E., & Torró, M. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 125-134.
- Crovetto M., Zamorano, N., & Medinelli, A. (2010). Estado nutricional, conocimientos y conductas en escolares de kínder y primer año básico en 3 escuelas focalizadas por obesidad infantil en la comuna de Valparaíso, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 309-320.
- Cruz, S., & Mangato, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico. *Psiquis*, 23(1), 65-72.
- Cusatis, D.C., & Shannon, B.M. (1996). Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*, 18(1), 27-34.
- Díaz, M. (2000). Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Revista Chilena Pediatría*, 7(4), 316-320.
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J.L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Investigación*, 30, 36.
- Doolen, P.T., & Miller S.K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: A metasynthesis of the current research. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(3), 160-166.
- Durá, T., & Sánchez-Valverde, F. (2005). Childhood Obesity: A problem of individual, family or social education?. *Acta Pediatría Española*, 63, 204-207.

- Eckstein, K.C., Mikhail, L.M., Ariza, A.J., Thomson, J.S., Millard, S.C., & Binns, H.J. (2006). Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117(3), 681-690.
- Elder, J., Crespo, N., Corder, K., Ayala, G., Slymen, D., López, N., ... McKenzie, T.L. (2014). Childhood obesity prevention and control in city recreation centres and family homes: the MOVE/me Muevo Project. *Pediatric Obesity* 9(3), 218–231.
- Encinas, D., & Enríquez, D. (2007). Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil Estado de Sonora*, 24(1), 22-26.
- Etelson, D., Brand, D.A., Patrick, P.A., & Shirali, A. (2003). Childhood obesity: do parents recognize this health risk?. *Obesity research*, 11(11), 1362-1368.
- Friedman, K., Reichmann, S., Costanzo, P., & Musante, G. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10(1), 33-41.
- Fuillerat, R. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 19(4), 209–224.
- García, M., Pardío, J., Arroyo, P., & Fernández, V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 14(27), 9-46.
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 91-110.
- González-Rico, J.L., Vásquez-Garibay, E.M., Cabrera-Pivaral, C.E., González-Pérez, G.J., & Troyo-SanRomán, R. (2012). La disfunción familiar como factor de

- riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(2), 127-134.
- Goodman, E., & Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3) 497-504.
- Guzmán, R., Del Catillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En: Morales, J. (ed.), *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario*. (pp.201- 218). Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Hernández, M.H. (2010). *Modelo de creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara*. (Tesis Doctoral) Universidad de Alcalá, Madrid. Recuperado el 30 de diciembre, 2015, de: <http://hdl.handle.net/10017/9024>
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595.
- Hirschler, V., González, C., Cemente, G., Talgham, S., Petticchio, H., & Jadzinsky, M. (2006). ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso?. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(3), 221-226.
- Jain, A., Sherman, S.N., Chamberlin, L.A., Carter, Y., Powers, S.W., & Whitaker, R.C. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, 107 (5), 1138-1146.
- Jaramillo-Sánchez, R., Espinosa-de Santillana, I., & Espíndola-Jaramillo, I. A. (2012). Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o

sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(5), 487-492.

Lara-García, B., Flores-Peña, Y., Alatorre-Esquivel, M.A., Sosa-Briones, R., & Cerda-Flores, R.M. (2011). Evaluation of the maternal perception of childhood overweight-obesity and maternal recognition of health risk in a Mexican border city. *Salud Pública de México*, 53(3), 258-263.

Lazarevich, I., & Rodríguez, J. (2003). Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos tiroideos, diabetes mellitus y obesidad. *Psiquis*, 23(5), 149-151.

Lera, L., Salinas, J., Fretes, G., & Vio, F. (2013). Validación de un instrumento para evaluar prácticas alimentarias en familias chilenas de escolares de 4 a 7 años. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1961-1970.

Loaiza, S., & Atalah, E. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(1), 20–26.

López, X., & Mancilla, I. (2000). La estructura familiar y la comunicación en obesos y normopeso. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(1), 65-75.

López-Alvarenga, J.C., Vázquez-Velázquez, V., Bolado-García, V.E., González-Barranco, J., Castañeda-López, J., Robles, L., ... Comuzziea, A. (2007). Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. Estudio ESFUERSO. *Gaceta Médica de México*, 143(6), 463-469.

Lovejoy, M. (2001). Disturbances in the social body differences in body image and eating problems among African American and White women. *Gender & Society*, 15(2), 239-261.

- Macias, A.I., Gordillo, L.G., & Camacho, E.J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-43.
- Madrigal-Fritsch, H., Irala-Estévez, J.D., Martínez-González, M.A., Kearney, J., Gibney, M., & Martínez-Hernández, J.A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública de México*, 41(6), 479-486.
- Madrigal, H., Sanchez-Villegas, A., Martinez-Gonzalez, M. A., Kearney, J., Gibney, M. J., De Irala, J., & Martinez, J. A. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public health*, 114(6), 468-473.
- Martínez, C., Ibáñez, J., Paterno, C., Semenza De Roig, M., Itatí, M., Kriskovich, J., ... Cáceres, L. (2001). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de la ciudad de corrientes. Asociación con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Medicina*, 61(3), 308-314.
- Maynard, L.M., Galuska, D.A., Blanck, H.M., & Serdula, M.K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, 111(Supplement 1), 1226-1231.
- Ministerio de Salud, Chile (2013). Guía de referencia OMS para la evaluación antropométrica. Niñas y niños menores de 6 años. Recuperado el 20 de mayo, 2016, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e105731bee21b7a9e0400101650114c4.pdf>
- Ministerio de Salud, Chile (2014). Diagnóstico del estado nutricional de menores de 6 años, gestantes, nodrizas y adultos mayores, bajo control en el sistema público

de salud. Recuperado el 15 de octubre, 2016, de http://web.minsal.cl/sites/default/files/DIAGNOSTICO_ESTADO_NUTRICIONAL_DICIEMBRE_2013.pdf

Molina, L., Martínez, E., Marco, J.A., & Moreno, C. (2010). Influencia de los factores psicológicos en el sobrepeso. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 2(1), 73.

Montero, A., Úbeda, N., & García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.

Moreiras, O., & Cuadrado, C. (2001). *Hábitos alimentarios*. Barcelona: Tojo.

Moreno, J.M., & Galiano, M.J. (2015). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral*, 19(4), 268-276.

Morris, C., Sánchez, R., & Avilés, J. (1992). *Psicología: un nuevo enfoque*. Prentice-Hall Hispanoamericana.

Muhammad, N.A., Omar, K., Shah, S.A., Muthupalaniappen, L.A., & Arshad, F. (2008). Parental perception of their children's weight status, and its association with their nutrition and obesity knowledge. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 17(4), 597-602.

Mujica, V., Leiva, E., Rojas, E., Díaz, N., & Palomo, I. (2009). Discordancia en autopercepción de peso en población adulta de Talca. *Revista Médica de Chile*, 137(1), 76-82.

Nájera, D. (2014). *Relación entre funcionalidad familiar y obesidad en escolares de 7 a 11 años de edad*. (Tesis de postgrado), Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Recuperado el 27 de septiembre 2016, de: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-diana.pdf>

- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. 2nd ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L., & Cortez, S. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 170-179
- Organización Mundial de la Salud (2015). Sobrepeso y obesidad infantiles. Recuperado el 30 de agosto, 2015, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Datos y cifras sobre obesidad infantil. Recuperado el 15 de octubre, 2016, de <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Ortega, T., Cuesta, D., & Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.
- Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280–285.
- Padilla-Vargas, G., Roselló-Araya, M., Guzmán, S., & Aráuz, A. G. (2006). Percepción de la obesidad en adultos costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, 48(3), 129-130.
- Paquette, M.C., & Raine, K. (2004). Sociocultural context of women's body image. *Social Science & Medicine*, 59(5), 1047–1058.
- Paxton, H. (2005). *The effects of childhood obesity on self-esteem*. (Tesis de maestría). Marshall University, Huntington, West Virginia. Recuperado el 20 de agosto, 2015, de: <http://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1147&context=etd>

- Pérez-Gil, S., & Romero, G. (2008). Imagen corporal de mujeres rurales de la Sierra Juárez y Costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropológica. *Estudios Sociológicos*, 32, 11-12.
- Pine, D., Goldstein, G., Wolk, S., & Weissman, M. (2001). The Association Between Childhood Depression and Adulthood Body Mass Index. *Pediatrics*, 107, 1049-1056.
- Pino, J.L., López, M.A., Moreno, A.A., & Faúndez, T.D.P. (2010). Percepción de la imagen corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de nutrición y dietética de la Universidad del Mar, Talca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 321-328.
- Pizarro, Q., Rodríguez, H., Benavides, M., Atalah, N., Mardones, S., Rozowski, N., ... Riumalló, S. (2004). Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años. Año 2003. *Revista Chilena de Nutrición*, 31(2), 128-137.
- Pompa, E., & Montoya, B. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud*, 21(1), 119-124.
- Porti, C.M. (2006). *Obesidad Infantil*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Imaginador Ediciones. (p.13). Recuperado el 10 de enero de 2016 desde http://books.google.cl/books?id=E_nFfU4jntkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
- Raimann, X., & Verdugo, F. (2011). Actividad física en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(3), 218-225.
- Restrepo, M. (2009). *Estado nutricional y crecimiento físico*. Medellín, Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

- Reyes, G.E., & García, E.R. (2014). *Relaciones intrafamiliares y obesidad infantil en niños de 7 a 11 años de edad de la unidad de medicina familiar no. 75 del IMSS*. (Tesis de magister). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca. Extraída el 4 de julio, 2017, de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14893/Tesis.417936.pdf?sequence=1>
- Rhee, K.E., De Lago, C.W., Arscott-Mills, T., Mehta, S.D., & Davis, R.K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*, 116(1), 94-101.
- Rodríguez-Rodríguez, E., Perea, J. M., Bermejo, L. M., Marín-Arias, L., López-Sobaler, A. M., & Ortega, R. M. (2007). Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 22(6), 654-660.
- Rubio, M., Salas-Savadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, V., ...Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 5(3), 135-175.
- Sandoval-Montes, I., Romero-Velarde, E., Vásquez-Garibay, E., González-Rico, J.L., Martínez-Ramírez, H., Sánchez-Talamantes, E., & Troyo-Sanromán, E. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 485-490.

- Sanabria-Ferrand, P.A. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada*, 15(2), 207-217.
- Sarrafzadegan, N., Rabiei, K., Nouri, F., Mohammadifard, N., Moattar, F., Roohafza, H., ... Pourmoghaddas, M. (2013). Parental perceptions of weight status of their children. *ARYA Atherosclerosis*, 9(1), 61.
- Stroebele, N., & De Castro, J.M. (2004). Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. *Appetite*, 42(1), 111-113.
- Sweeting, H. (2008). Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence. *Nutrition Journal*, 7(1). Recuperado el 17 de agosto, 2015, de: <http://www.nutritionj.com/content/7/1/>
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovsky, S., Wilfley, D., Marmarosh, C., Morgan, C., & Yanovsky, J. (2004). Eating- Disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal weight children. *International Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 53-61.
- Vera-Villarroel, P., Bastías, A., & Mena, L. (2004). Construcción de una escala de creencias de obesidad en niños (ECOI). *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2): 191-202.
- Vio Del Río, F. (2013). El preocupante incremento de la obesidad infantil en Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Recuperado el 15 de septiembre, 2015, de <https://inta.cl/opinion/el-preocupante-incremento-de-la-obesidad-infantil-en-chile>

- Vio Del Río, F., Salinas, J., Salinas, Lera, L., González, C.G., & Huenchupán, C. (2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 34-39.
- Walker, L., & Hill, A. (2009). Obesity: The role of child mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(3), 114-120.
- Warschburger P., & Kröller K. (2009). Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, 124(1), 60-68.
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, S. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64, 259-265.
- West, D.S., Raczynski, J.M., Phillips, M.M., Bursac, Z., Gauss, C.H., & Montgomery, B. (2008). Parental Recognition of Overweight in School-age Children. *Obesity*, 16(3), 631-634.
- Young-Hyman, D., Herman, L.J., Scott, D.L., & Schlundt, D.G. (2000). Care giver perception of children's obesity-related health risk: a study of African American families. *Obesity Research*, 8(3), 241-248.
- Zonana-Nacach, A., & Conde-Gaxiola, M. E. (2010). Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos. *Gaceta Médica de México*, 146(3), 165-168.

VI. Anexos

ANEXO 1: Escala de funcionamiento familiar (FFSIL)

	Nunca 0	Casi nunca 1	A veces 2	Muchas veces 3	Siempre 4
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	0	1	2	3	4
2. En mi casa predomina la armonía	0	1	2	3	4
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	0	1	2	3	4
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	0	1	2	3	4
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	0	1	2	3	4
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	0	1	2	3	4
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	0	1	2	3	4
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	0	1	2	3	4
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	0	1	2	3	4
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	0	1	2	3	4
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	0	1	2	3	4
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	0	1	2	3	4
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	0	1	2	3	4
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	0	1	2	3	4

ANEXO 2: Escala de creencias de obesidad en niños ECOI

Instrucciones: A través del siguiente cuestionario deseamos conocer la opinión que usted tiene respecto a diferentes situaciones. A continuación le presentaremos una serie de frases para las cuales hay cinco alternativas que Ud. puede elegir de acuerdo a su criterio. Por favor conteste lo más sinceramente posible.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Los niños gordos son más sanos que los delgados	5	4	3	2	1
2. Yo creo que es importante prevenir que mi hijo se exceda de peso	5	4	3	2	1
3. Yo puedo evitar que mi hijo(a) se convierta en un niño obeso.	5	4	3	2	1
4. La obesidad constituye una enfermedad.	5	4	3	2	1
5. La obesidad infantil es una condición que se puede evitar.	5	4	3	2	1
6. La obesidad infantil puede involucrar problemas a las articulaciones.	5	4	3	2	1
7. La actividad física previene el desarrollo de obesidad infantil.	5	4	3	2	1
8. Los hábitos alimenticios son un factor importante en el control de la obesidad.	5	4	3	2	1
9. En los niños es importante la estimulación para el desarrollo de una actividad física.	5	4	3	2	1
10. Yo me ocupo de que mi hijo realice, por lo menos, media hora diaria de actividad física.	5	4	3	2	1
11. Cuando compro los alimentos para la semana, me preocupo de comprar comida saludable.	5	4	3	2	1

ANEXO 3: Encuesta sociodemográfica

Datos del niño/a:

Nombre del niño/a:

A. Colegio/Jardín Infantil al que asiste el/la niño/a:

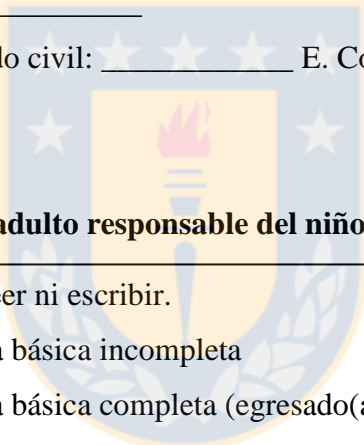
Datos sociodemográficos del adulto responsable del niño/a (quien responde esta encuesta):

B. Relación con el/la niño/a: Madre- Padre- Cuidador

(especificar): _____

C. Edad: _____ D. Estado civil: _____ E. Comuna de residencia:

F. Nivel de estudios del adulto responsable del niño/a (encierre el que corresponda):

- 
- 1 = No sabe leer ni escribir.
 - 2 = Enseñanza básica incompleta
 - 3 = Enseñanza básica completa (egresado(a) de 8vo básico).
 - 4 = Enseñanza media incompleta
 - 5 = Enseñanza media completa (egresado(a) de 4to medio)
 - 6 = Estudios superiores incompletos
 - 7 = Estudios superiores completos

G. Profesión y trabajo (encierre el número que corresponda a su situación):

- 1 = Trabaja
- 2 = Retirado(a) / Jubilado(a) / Incapacitado(a)
- 3 = Cesante, ha trabajado anteriormente
- 4 = Desocupado(a), busca primer empleo
- 5 = Estudiante (que no trabaja)
- 6 = Dueña(o) de casa

H. Composición de la familia

1.¿Convive la pareja en el domicilio familiar?

(0= No; 1= Sí)

2.Especifique el número de hijos/as

3.¿Cuántas personas viven su hogar?

I. Estado nutricional del adulto responsable del niño/a:

1. Indique su peso:_____ Kilos

2. Indique su talla:_____Metros

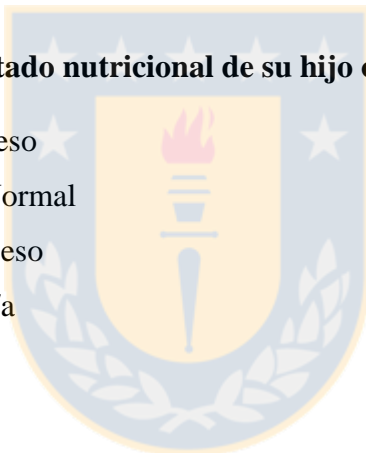
J. ¿Cómo definiría el estado nutricional de su hijo o hija, actualmente? (encierre en un círculo)

a) Bajo peso

b) Peso Normal

c) Sobrepeso

d) Obeso/a



ANEXO 4: Consentimiento informado para participantes



**ACTA DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES, MADRES Y
CUIDADORES/AS**

Francisca Miranda, psicóloga de la Universidad de Concepción que opta al grado de Magister en Psicología, solicita su colaboración en la investigación que está llevando a cabo. El estudio consiste en conocer la influencia relativa del funcionamiento familiar y las creencias relacionadas con la prevención de la obesidad infantil en la percepción que tienen los padres, madres y cuidadores del estado nutricional de sus hijos e hijas de 4 a 6 años de edad.

Su colaboración consiste en responder de manera voluntaria la encuesta que se le presenta a continuación. Toda la información obtenida será de uso exclusivo de la investigadora y toda publicación de los datos solo será a nivel de grupo, sin identificación de personas ni familias individuales.

Aún después de prestar su consentimiento, usted puede decidir abandonar el estudio en cualquier momento.

Si usted acepta participar de este estudio, le ruego firmar dos copias de esta acta, una de las cuales quedará en poder de cada participante y otra en manos de la investigadora.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

En caso de requerir más información respecto al estudio, puede contactarse con la Psicóloga Francisca Miranda, email: fmiranda@udec.cl