



**Universidad Nacional**

**Sistema de Estudios de Posgrado**

**Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida**

**“DESCRIPCIÓN DE FACTORES A LO INTERNO DE FAMILIAS QUE PRESENTAN NIÑOS Y NIÑAS CON OBESIDAD INFANTIL E INCIDEN EN SU CONDICIÓN Y SU RELACIÓN CON LOS PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA. ESTUDIO DE CASOS DE LA CLINICA DE OBESIDAD INFANTIL, HEREDIA, COSTA RICA”**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano, para optar por el título de Magister Scientiae

**Maigualida Brenes Marcano**

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2019

**DESCRIPCIÓN DE FACTORES A LO INTERNO DE FAMILIAS QUE PRESENTAN NIÑOS  
Y NIÑAS CON OBESIDAD INFANTIL E INCIDEN EN SU CONDICIÓN Y SU RELACIÓN  
CON LOS PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA. ESTUDIO DE CASOS DE LA CLINICA DE  
OBESIDAD INFANTIL, HEREDIA, COSTA RICA.**

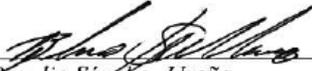
**Maigualida Brenes Marcano**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud  
Integral y Movimiento Humano, para optar por el título de Magister Scientiae

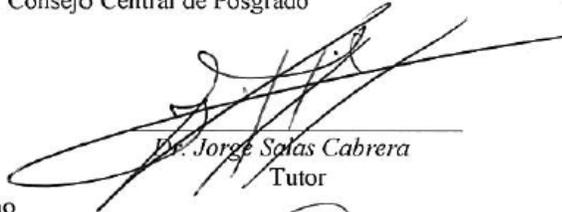
## Miembros del Tribunal Examinador



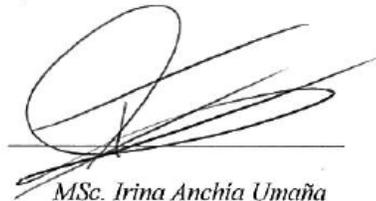
*Francisco San Lee Campos*  
Representante del Consejo Central de Posgrado



*Dr. Braulio Sánchez Ureña*  
Representante de la Coordinación de la  
Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano

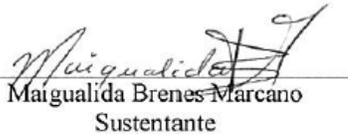


*Dr. Jorge Salas Cabrera*  
Tutor



*MSc. Irina Anchia Umaña*  
Asesora

*MSc. María Fernanda López Hernández*  
Asesora



*Maigualida Brenes Marciano*  
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano, para optar por el título de Magister Scientiae

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue describir los factores a lo interno del grupo familiar de los pacientes que asisten a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, considerando aspectos de la dinámica familiar y características de la condición de salud física, mental y social de los miembros, así como su relación con los patrones de actividad física.

Con respecto a la metodología, el trabajo investigativo se realizó desde un enfoque mixto, por cuanto se empleó el IPAC, y una entrevista semiestructurada, esto con un diseño de investigación descriptivo y exploratorio. Se trabajó con 19 familias quienes cuentan con niños y niñas con edades entre los cinco y doce años, que asisten a la Clínica de Obesidad Infantil, desde hace un año o más. El instrumento que se utilizó fue una entrevista aplicada a las personas mayores de edad, que acompañaban al infante a las sesiones de la Clínica de Obesidad.

Entre las principales conclusiones se encuentra que el 76% de las familias presentaron enfermedades asociadas a la obesidad, entre ellas la hipertensión, diabetes, asma, algunas de las cuales desencadenan en padecimientos de tipo cardiovascular. Aunado a ello, el 57% de estas familias son sedentarias, sin posturas de cambios en la alimentación ni en el ejercicio; el 26% de las familias presentan algún miembro con condiciones como el autismo o estados depresivos que limitan la socialización en espacios recreativos donde se pueda implementar la actividad física, aumentando la ansiedad y canalizándola en la desorganización alimenticia.

Como parte de las causas de la obesidad, identificaron el exceso de leche materna, las comidas chatarras, el sedentarismo, factores hormonales, la ansiedad y factores emocionales a partir de la separación de los padres o de dificultades en la parte escolar. Reconocieron en las familias, los desórdenes en la alimentación, así como la carga de carbohidratos que se brindan en cada una de las comidas, lo cual se da porque no hay acceso económico a otros alimentos o debido a que los menores no desean consumir otros productos, como frutas y vegetales.

## **Abstract**

The aim of this work was to describe the internal factors of the patients' family group that assist to Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, considering their family's dynamic physical, mental and social health and the relationship between their physical activities patterns.

As a methodology, the investigative work was done from a mix focus, using qualitative and quantitative methods, with a descriptive and exploring investigation design. A population of 19 families with children between the age of five to twelve that had been assisting to Clínica de Obesidad Infantil for a year or more was investigated. Interviews were used as the instrument, and those were applied to the adults that were accompanying the child to their session to Clínica de Obesidad Infantil.

Among the main conclusions that were found, 76% of the families presented obesity problems like hypertension, asthma and diabetes, some of those carrying a risk of cardiovascular diseases. Also, 57% of those families are sedentary, without the willing to change their nutrition or exercise behaviors; the 26% presence of autism or depressive states were found that limit the socialization of the family groups in recreational spaces where physical activity can be executed, increasing the anxiety and, therefore, the bad nutrition practices.

As part of the identified obesity causes were: excessive breast feeding, junk food, sedentarism, hormonal problems, anxiety and emotional factors like the child's parents divorce or school difficulties. The families recognized the bad nutrition practices like high carbohydrate load in their food, sometimes because they are economically restricted to better foods or because the infant does not want to eat something better like fruits or vegetables.

## **Agradecimiento**

Uno de los mejores sentimientos que podemos tener es el agradecimiento, porque en él, se encierra la inmensa felicidad por las cosas pequeñas, por las simples y también por las complejas, todas ellas hacen de tu vida una experiencia única, incomparable, frágil y fuerte a la vez.

Cada persona que he conocido, de diferentes formas, ha sido parte de esta historia, se han mostrado como amigos o como resistentes, enseñándome el camino de la lucha, de la persistencia, de la frustración, de la alegría y del amor de vivir.

Desde unos inocentes rostros, surgió la iniciativa de usar el cuerpo como el transporte de las emociones, de agitar el corazón, de movilizar las piernas, de emplear las manos, todo para trabajar aquello que dolía, que existía y buscaba desaparecer y es allí como llegue a esta experiencia.

Agradezco en primera instancia a esos niños que sin saberlo, fueron mi inspiración. A mis padres y mi esposo, porque con su apoyo y sacrificio me han conducido a este logro. A Isa por su entrega en hacer el mejor trabajo. Gracias infinitas al Dr. Jorge Salas, porque me regaló lo más valioso de sus enseñanzas, me impulsó a seguir adelante, desentabó mis miedos y me acompañó en este proceso. Gracias a mi lectora Irina por su valioso tiempo y sus aportes, para que esto sea una realidad. ¡Gracias a la vida, y a Dios!

## **Dedicatoria**

Dedico esta investigación a esos padres, a esas madres, a esas abuelas, a esas cuidadoras que con esmero y sacrificio acompañan a sus niños y niñas. Les dedico este estudio, porque ustedes me abrieron su confianza, la puerta de su hogar, su tiempo, y me mostraron su mundo, desde su cotidianidad.

¡Gracias seres humanos valientes y llenas (os) de amor!

## Índice de contenidos

<a href="#">Resumen</a> .....	iv
<a href="#">Abstract</a> .....	v
<a href="#">Agradecimiento</a> .....	vi
<a href="#">Dedicatoria</a> .....	vii
<a href="#">Índice de contenidos</a> .....	viii
<a href="#">Índice de cuadros</a> .....	x
<a href="#">Índice de abreviaturas</a> .....	xi
<a href="#">Descriptores</a> .....	xii
<a href="#">Capítulo I</a> .....	1
<a href="#">INTRODUCCIÓN</a> .....	1
<a href="#">Justificación</a> .....	7
<a href="#">Objetivos</a> .....	10
<a href="#">Capítulo II</a> .....	11
<a href="#">MARCO CONCEPTUAL</a> .....	11
<a href="#">La salud</a> .....	11
<a href="#">La familia</a> .....	13
<a href="#">Etapas en la vida familiar</a> .....	14
<a href="#">Los límites y la dinámica familiar</a> .....	15
<a href="#">La obesidad infantil y la familia</a> .....	17
<a href="#">Estrategias para combatir la obesidad infantil</a> .....	21
<a href="#">Capítulo III</a> .....	23

<u>METODOLOGÍA</u> .....	23
<u>Diseño de la investigación: Descriptivo y exploratorio. (Estudio de casos)</u> .....	23
<u>Pregunta general</u> .....	24
<u>Preguntas específicas</u> .....	24
<u>Selección de informantes claves</u> .....	25
<u>Instrumentos</u> .....	27
<u>Procedimiento</u> .....	28
<u>Capítulo IV</u> .....	32
<u>LIMITACIONES</u> .....	32
<u>Capítulo V</u> .....	33
<u>RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INTERPRETACIÓN</u> .....	33
<u>Capítulo VI</u> .....	52
<u>CONCLUSIONES</u> .....	52
<u>Capítulo VII</u> .....	54
<u>RECOMENDACIONES</u> .....	54
<u>REFERENCIAS</u> .....	57
<u>Anexos</u> .....	66

## Índice de cuadros

<u>Cuadro 1. Categorías de análisis de la investigación</u> .....	25
<u>Cuadro 2. Criterios de inclusión del informante clave</u> .....	26
<u>Cuadro 3. Criterios de exclusión del informante clave</u> .....	26
<u>Cuadro 4. Resultados del Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ Versión corta, sobre los mets empleados en la actividad física semanal, del miembro de la familia entrevistado</u> .....	33
<u>Cuadro 5. Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca de las enfermedades físicas y mentales que se presentan en el grupo familiar.</u> .....	35
<u>Cuadro 6. Respuestas del miembro entrevistado por familia sobre la composición familiar, manejo de roles y factores socioeconómicos del grupo familiar.</u> .....	38
<u>Cuadro 7. Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca de los patrones de comportamiento alimentario asumidos en el grupo familiar.</u> .....	42
<u>Cuadro 8. Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca de los patrones de actividad física realizada semanalmente.</u> .....	46
<u>Cuadro 9. Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca del significado, consecuencias y causas de la obesidad de la persona menor de edad.</u> .....	48

## Índice de abreviaturas

ACSM: American Collegue Sport and Medicine

C.C.S.S: Caja Costarricense del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

CEN-CINAI: Centros de Educación y Nutrición y de centros infantiles de Atención Integral

CGA: Comisión de Graduación Académica

IMC: Índice de Masa Corporal

IPAQ: Cuestionario Internacional de Actividad Física

MET: Unidad de Medida del Índice Metabólico

MPNYPE: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

MSP: Ministerio de Salud

PND: Plan Nacional de Desarrollo

PSICOMI: Programa Psicomotricidad infantil

## **Descriptores**

Obesidad Infantil, Actividad física, Entorno familiar, Clínica de Obesidad Infantil San Vicente de Paúl, enfermedades, patrones de alimentación.

# Capítulo I

## INTRODUCCIÓN

Como parte de un proceso académico de la Maestría de Salud y Movimiento humano, se realiza el presente documento donde se trabaja el tema de la obesidad infantil dentro de un contexto familiar específico, en el cual se identifican numerosas categorías para la discusión, pero que a su vez arrojan elementos claves para su tratamiento.

El tema de la obesidad es una problemática que se ha estudiado desde diferentes disciplinas, y su abordaje requiere comprender las percepciones, concepciones u aquellos elementos que han girado alrededor de la misma, en diferentes momentos históricos. En la época de la prehistoria, la alimentación dependía de la caza así como de la recolección, debido a lo difícil para acceder al alimento, se consideraba que se debía comer todo cuando se podía, desarrollando “genes ahorradores” que les permitiera conservar la energía para sobrevivir. En el Imperio Medio egipcio (siglos XXI-XVII a.C.), ya el concepto comienza a variar, aparece el exceso de comida, se considera la glotonería como causa de la obesidad y surge el término de la gula, vista como un pecado (Foz, 2004).

Para la edad media, se evidencia que la obesidad está asociada a la dieta abundante, a la falta de ejercicio y a la temperatura del cuerpo. Propiamente, en la edad moderna, la obesidad se relaciona con la fecundidad, la atracción sexual y es símbolo de salud; no obstante, para la edad contemporánea, cambia esta perspectiva, definiendo la obesidad como una enfermedad. Para las épocas posteriores a la I Guerra Mundial, el ideal de belleza comenzaba a ser la delgadez extrema y la obesidad comienza a verse como un estado no deseado y símbolo de enfermedad (Foz, 2004).

Etimológicamente, la palabra "obeso" procede del latín "*obedere*", formado de las raíces *ob* (sobre, o que abarca todo) y *edere* (comer), es decir "alguien que se lo come todo" (Cortes et al., 2010, p. 249).

La problemática de la obesidad ha sido una de las preocupaciones más alarmantes a nivel mundial, la cual se ha incrementado de manera vertiginosa en los últimos años. “Se estima que 40%, o más, de los niños, y 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en la salud y en la carga de enfermedad. Niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas que afectan la calidad de vida del individuo sino que también incrementan el costo individual, de la sociedad, costos de salud y baja productividad. Se ha

estimado que la obesidad representa entre el 2 a 8% de los gastos en cuidados de salud”. (Liria, 2012, p.357).

Lo anterior, ha despertado el interés para los estudiosos en las Ciencias de la Salud, quienes investigan las causas, así como las consecuencias que inciden en el bienestar físico de las personas, por ejemplo, a nivel de afectación en la salud se tiene que las enfermedades derivadas de la obesidad ocasionan “la muerte de alrededor 2,8 millones de personas (...) y entre 7 a 41% de ciertos tipos de cáncer son atribuidos a la obesidad” (Liria, 2012, p.358).

Como consecuencia de la elevada carga de la enfermedad se ha mostrado que la obesidad aumenta la carga económica en un país, afectando la condición social y económica, también las consecuencias a nivel emocional son diversas pues “un niño obeso puede sufrir discriminación social, baja autoestima y depresión. Se ha asociado la obesidad en la infancia y adolescencia con mayor probabilidad de presentar desórdenes de la alimentación (bulimia). Por otro lado, algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este periodo con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud” (Liria, 2012, p.358).

Andrawus (2014) considera que es una pandemia, la cual es compleja y va más allá de la salud física; explica que esta enfermedad repercute en que se desarrollen enfermedades como la Diabetes Mellitus Tipo II, las enfermedades cardiovasculares, hipercolestoremia, hipertensión, entre otras.

Según la American Collegue Sport and Medicine (ACSM), (citado por Campos, 2006),

la obesidad es un exceso de grasa en el cuerpo acompañado por lo general de un incremento de peso, siendo el resultado de una excesiva ingestión de energía o ingesta calórica en relación con el gasto y un índice de masa corporal superior a  $30\text{kg}/\text{m}^2$ , (p.19).

Según Campos (2006) la obesidad se presenta en mayor porcentaje en las mujeres y, generalmente, comienza desde las edades tempranas. Está asociada a múltiples factores entre ellos la falta de hábitos de alimentación saludable, donde la ingesta calórica está por encima de lo requerido por el sujeto, debido a que los alimentos consumidos son ricos en grasas y carbohidratos.

Según las estadísticas reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 años en adelante tenían sobrepeso y más de 42 millones menores de cinco años tenían sobrepeso. A nivel mundial, en países como Brasil, India, y China se presenta un

aumento en la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad y la tendencia es similar en países del tercer mundo; en Argentina, Colombia y México, más de la mitad de su población tienen sobrepeso y más del 15% son obesos, afectando principalmente a los niños y niñas. “En Chile, Perú y México, de diez niños en edades de 4 a 10 años cuatro tiene sobrepeso o presenta obesidad” (Guerra, López, Rodríguez y Zermeño, 2006, p. 92).

Lo anterior genera una alta preocupación, por cuanto la obesidad infantil se relaciona con hábitos poco saludables en la vida adulta y, tal como lo afirma Campos (2006), sino se modifican los hábitos hay una alta probabilidad de que el niño obeso se convierta en un adulto obeso y, por consiguiente, se agudice la presencia de enfermedades asociadas.

A nivel nacional, se realizó la Encuesta Nacional de Nutrición 2009, en la cual se evidencia que todos los grupos etarios presentan mayores porcentajes de obesidad que en el 2002, destacando que en la población con edades entre 7 y 15 años existe dislipidemia en un 12,0%, sobrepeso 12,7% y obesidad 7,9% (Ministerio de Salud, 2013).

Lo anterior refleja que los correctos hábitos de alimentación, así como las prácticas de vida saludables son patrones que no están siendo transmitidos de los padres a los hijos y, posiblemente, se asocian a las limitaciones en el tiempo, acompañamiento en la crianza, entre otros.

Asimismo, el Ministerio de Salud (2013) indicó que para el año 2009, los niños y niñas de 5 a 12 años muestran un sobrepeso de 11,8% y de 9,6% de obesidad, encontrando que en la alimentación del grupo familiar del niño obeso predominaba el consumo de comidas rápidas, ricas en grasa, azúcar y sin mucho aporte nutricional, determinando que un 87% de las familias en Costa Rica, consideraron que sus hábitos de alimentación han ido empeorando (citado por Fernández y Monestel, 2014).

Los esfuerzos que se han realizado en los espacios colectivos donde permanecen los niños y niñas tales como las escuelas, no han sido muy exitosos en sostener políticas de alimentación adecuadas, afirmando que alimentos como las frutas no son apetecidos por los menores y no se convierten en un producto rentable para los comercios.

Por otra parte, la Encuesta Global de Salud Escolar (2009) identifica que “los adolescentes entre 13 a 15 años de edad, presentan sobrepeso de 28,3% en mujeres y de 27,6% en hombres y una prevalencia de obesidad del 7,9% en mujeres y de 9,7% en hombres” (Fernández y Monestel, 2014, p.3).

De acuerdo con el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MPNYPE) (2014), los porcentajes de personas adultas que realizan suficiente actividad física no son alentadores:

Según la publicación Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular el 50,9% de la población realiza actividad baja o nula y únicamente un 34% de las personas adultas realizan actividad física definida como alta con un predominio en los grupos de edad de 20 a 39 años”. Asimismo, en el grupo de edad de 15 a 35 años, los hombres practican más deporte que las mujeres ubicándose en un 35,5% con respecto a un 15% de las mujeres que lo hacen, se rescata que hay limitaciones en cuanto a lugares aptos para realizar actividades deportivas y recreativas pues sólo un 36,5% de las mujeres y un 55,5% de los hombres tuvieron acceso a estos espacios (p.172).

Así mismo, en el mismo documento, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2014) indica que:

El 5%-8% de la población menor de 5 años presenta alto peso, de un 8%-16% de los niños y niñas presentan déficit de peso y un 29% de los menores de 5 años presentan déficit de talla para la edad.

En el grupo de niños de 5-12 años, la prevalencia de sobrepeso/obesidad aumentó entre 1996 y el 2008 de un 15% a un 21%, siendo mayor el incremento en varones, mientras que en el grupo de población de 13-19 años, el mayor porcentaje de sobrepeso u obesidad se da en mujeres. Por otra parte, en mujeres de 20-44 años el 60% presenta sobrepeso/obesidad y en el grupo de 45-64 es el 77% (p.173).

Ante el panorama internacional y nacional, se hace necesaria la creación de políticas y estrategias que permitan prevenir y atender la obesidad infantil, de tal manera que los actores de la sociedad civil comprendan la magnitud de esta situación y la necesidad de trabajar sobre los factores de vulnerabilidad que inciden en la misma.

Propiamente en Costa Rica, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 plantea que para el 2018 se desea tener como meta la disminución de un 2% de obesidad en menores de 5 a 12 años (7,6%), así como un aumento del 20% de la práctica de actividad física (79,6% al 2018). Para ello, se han establecido una serie de objetivos tales como: “Fomentar en la población el desarrollo de estilos de vida saludables, mediante la práctica de la actividad física, el incremento en el consumo de frutas y vegetales” (p.180). La ejecución de “proyectos comunitarios para la promoción del deporte y la recreación” (p.181). La implementación de una “estrategia de promoción de la actividad física, así como la prevención del fumado en establecimientos de CEN-CINAI” (p.181) y la promoción de estilos de vida saludables en

estudiantes de colegios de Dirección 3 a nivel nacional (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2014).

Los esfuerzos citados anteriormente deben acompañarse de la motivación y del aprendizaje colectivo de estas prácticas, de tal forma que las personas conozcan la necesidad de actuar de forma oportuna, aprovechando las posibilidades que se ofrecen desde diferentes instancias.

En este marco se ha diseñado la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021, también se elaboró el Plan Nacional de Salud para Costa Rica 2010-2021, haciendo énfasis en la seguridad alimentaria de los diferentes sectores, principalmente de aquellos en condiciones de vulnerabilidad. Dicha política desea “promover una infraestructura física para la producción, conservación, distribución, preparación y consumo de alimentos con el fin de garantizar una seguridad alimentaria y nutricional como derecho de la población” (Ministerio de Salud, 2011, p. 21)

En colaboración con diferentes sectores, se establece el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, cuyo propósito es

Contribuir al logro de una población saludable y a la paz social; así como a la prevención y reducción de las enfermedades crónicas, a la disminución del consumo de drogas, erradicando la violencia social, mediante la promoción de actividad física en todas sus modalidades (Ministerio de Salud, 2011, p. 87)

Si bien, el Estado tiene un considerable interés por elaborar acciones hacia estilos de vida saludables, es importante partir de las necesidades, posibilidades y del acceso que tengan las comunidades; y asimismo, trabajar en conjunto con la atención de las problemáticas que aíslan a los jóvenes de una vida saludable, tales como las drogas.

Todos estos programas del Estado se deben desagregar en acciones o estrategias que permitan incidir de forma directa sobre la población. En este sentido, el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación Pública establecen el Plan “Movete: Disfruta la Vida”, involucrando dos ejes fundamentales: la alimentación saludable y la actividad física en adolescentes de 13 a 15 años. El plan inició en el 2012, pero de manera sustancial se implementó del 2013 al 2014 y está enmarcado en los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (Fernández y Monestel, 2014)

De igual manera, en colaboración con la C.C.S.S, se implementan desde las comunidades y gobiernos locales, así como desde las áreas de salud, acciones que sectorizan los esfuerzos de manera

comunitaria. Por ejemplo, en el 2006 el Área Rectora de la Salud de Belén y Flores desarrollaron un proyecto de promoción de estilos saludables con acciones preventivas para escolares y adolescentes.

En el distrito de Naranjo se realizó un programa para la atención de la obesidad infantil desarrollado por dos profesionales en pediatra y trabajo social que buscaba brindar atención especializada a los niños y niñas en condición de obesidad con una modalidad socioeducativa y un seguimiento clínico. Según Valverde (2015), durante dicha intervención en dos años se disminuyó la obesidad en un 20 % de los niños y niñas que se mantuvieron en el programa, incidiendo en su índice de masa corporal (IMC) la cual es definida por la relación entre peso y altura y desde el análisis realizado por la investigadora, ese 20% de la población, quiebran la curva en un 15 % de los resultados obtenidos por la totalidad de los pacientes estudiados.

Otro de los esfuerzos realizados por la C.C.S.S, fue en el 2011, cuando el servicio de cardiología junto con una promotora de salud y una nutricionista del Hospital San Vicente de Paúl establece un programa educativo para estudiantes de quinto y sexto grado de algunas escuelas de la provincia. Posteriormente, el “Servicio de Pediatría del Hospital de Heredia y la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, iniciaron un programa piloto que consistió en realizar una valoración de psicología de la salud con el fin de conocer las dinámicas familiares de niños que forman parte la clínica de obesidad y que presentan síndrome metabólico para fortalecimiento de su personalidad y del ambiente familiar” (Valverde, 2015, p. 4)

Por tanto, se evidencia que hay una necesidad de atender esta problemática, la cual requiere de acciones alternativas, acordes y posibles para los distintos grupos poblacionales, siendo por ello que en esta investigación se desea rescatar desde la inmediatez y cotidianidad de diversos grupos sociales, elementos que permitan orientar el trabajo para combatir la obesidad.

Debido a lo anterior, en la presente investigación se emplea una metodológica mixta, con un método exploratorio descriptivo, el cual no tiene como objetivo generalizar los datos obtenidos a otras poblaciones, pero sí considerar, desde la propia realidad de la persona entrevistada su posición frente a la temática.

## Justificación

Los problemas de salud derivados de la obesidad exigen esfuerzos importantes en la investigación, el análisis y la ejecución de acciones que permitan su atención de forma oportuna, esto por cuanto “la atención de la obesidad en la infancia y en la adolescencia es cada día un motivo de consulta más frecuente (...) La obesidad es una enfermedad compleja, cuya etiología está todavía por esclarecer debido a los múltiples factores implicados: ambientales, genéticos, conductuales y de estilo de vida, neuroendocrinos y metabólicos. La persistencia de la obesidad infantil hasta la edad adulta aumenta significativamente el riesgo de padecer diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, hipertensión, colecistitis y colelitiasis” (Patiño, 2017, p.29).

A partir de lo anterior, se evidencia que la obesidad incorpora factores físicos, emocionales, sociales y psicológicos, desde la perspectiva física se tiene que la obesidad se define como “un exceso de peso ajustado por la altura en el denominado índice de masa corporal (IMC), que corresponde al cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la altura en metros. En adultos se considera obesidad un valor de  $IMC \geq 30$ . En niños y adolescentes, el crecimiento obliga a tener en cuenta la edad y el sexo. Para ello se precisan percentiles y curvas de referencia, dependiendo de los grupos étnicos y nacionales representados en cada caso, de manera que entre los percentiles 85 y 95 se considera «sobrepeso», un percentil 95 o mayor se tipifica como «obesidad», y por encima del percentil 99 se clasifica como «obesidad severa” (Ariza, 2015, p.247)

Con relación a los otros factores, los niños con obesidad están más propensos a presentar dificultades para la ejecución de tareas, sufren de bullying, de trastornos alimentarios como la bulimia, menor aceptación social, entre otros aspectos Liria (2012), todo ello implica una carga económica, política y social que puede prevenirse, con atención integral, oportuna y eficaz.

Partiendo de lo mencionado, se establece con claridad la importancia de trabajar esta problemática, ahora bien, la presente investigación vincula además la atención de esta condición que presentan los niños y niñas con su entorno inmediato, la familia; se considera que existen relaciones importantes entre el estado físico de los padres, la crianza, los hábitos de alimentación, el nivel educativo de los padres con la obesidad de los niños, por ejemplo “clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80%; cuando sólo uno es obeso será de 41 a 50%. Varios investigadores señalan la existencia de otros factores de vital importancia en la adopción de hábitos alimentarios poco saludables, y por ello en la aparición de sobrepeso y obesidad entre la

población infantil, el nivel educativo de los progenitores, especialmente de la madre (Cassimos, Sidiropoulos, Batzios, Balodima, y Christoforidis, 2011). Son numerosos los estudios que confirman la existencia de una relación significativa entre el bajo nivel cultural de los padres y un estado nutricional inadecuado de sus hijos (Rico, Rodríguez, Fernández, Calderón, y Álvarez, 2016, p. 18)

No obstante, sino se conoce el estado o las condiciones en que viven las familias, sus fortalezas, y limitaciones en los diferentes ámbitos, los avances en la intervención de la obesidad enfrentarán mayores dificultades, puesto que los niños y niñas dependen mayoritariamente de lo que su grupo familiar le ofrezca.

La participación de la familia en el trabajo con niños o niñas en obesidad es fundamental dado que la familia es, quien juega un rol fundamental en conductas relacionadas con la ingesta, la actividad física y, por tanto, en hábitos que desencadenan la presencia de esta enfermedad (Rodríguez y Víquez, 2014)

La posibilidad de identificar las dinámicas en que se insertan los niños y niñas es una herramienta útil para ejercer modificaciones que permitan cumplir los objetivos en la atención de la obesidad. Es importante ratificar que cualquier síntoma que se presente en algún miembro de la familia afecta a los demás y, a su vez, la enfermedad es el resultado de una sintomatología de las otras personas que conforman el núcleo, sea por cuestiones físicas, emocionales o estructurales, por ejemplo en un estudio de caracterización biopsicosocial de las 154 familias de un consultorio médico del municipio Playa, Ciudad de la Habana, en 1994, se obtuvo que las familias con mayor disfuncionalidad tenía una tasa más alta de enfermos crónicos con pobre control de su enfermedad (Louro, 2003)

La importancia de esta investigación radica en considerar las características del grupo familiar en el tratamiento del paciente con obesidad, mostrando aspectos principales de su comportamiento, pensamientos o condiciones que limitan o facilitan la respuesta ante la problemática de la obesidad infantil. En la atención de la clínica se pueden emplear muchas estrategias para el cambio, no obstante, sino se considera el ambiente en que ese niño se inserta, difícilmente podrán cumplir con las recomendaciones brindadas.

Por ello, es que contar con informante claves que evidencie el panorama en que viven las familias, sus condiciones sociales, económicas, su dinámica entre otros elementos que rescata la investigación, permite tener herramientas para crear acciones de intervención acorde con dichas posibilidades, puesto que “el estudio de las características de los grupos, o contextos, a los que pertenecen los individuos, que

conducen a la comprensión de las desigualdades en salud, debido a que el lugar de residencia está fuertemente modelado por las características socioeconómicas del lugar” (Muñoz y Arango, 2017, p.496)

Ante la pregunta, sobre los vacíos que puede llenar el presente estudio, es que al momento de llevar a cabo la investigación no se conocía a las familias de los pacientes que asistían, no se planteaban relaciones entre situaciones familiares y el tema de la obesidad, (esto principalmente en los casos que no eran referidos a trabajo social), tampoco se contemplaba si las personas se sentían satisfechas con la atención recibida o si la misma había permitido avances o no.

Si bien, una investigación no pretende resolver todas las inquietudes sobre un tema, permite generar acercamientos, crear teorías, brindar información y sobre todo crear recomendaciones dirigidas a un mayor alcance del objetivo, el cual es la atención integral de los niños y las niñas.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Describir los factores internos económicos, sociofamiliares, condición de salud, y los patrones de actividad física de las familias cuyos niños o niñas presentan obesidad y asisten a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, Heredia.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar la existencia de enfermedades físicas o mentales en los miembros de la familia, y su incidencia en la condición de obesidad y en la práctica de un estilo de vida físicamente.
2. Describir los factores sociofamiliares, alimenticios así como económicos de las familias y que favorezcan o no la condición de obesidad infantil de los niños y niñas en estudio.
3. Identificar los patrones de comportamiento y pensamiento asociados con la obesidad dentro del grupo familiar.

## **Capítulo II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

El presente marco teórico reúne un conjunto de conceptos, ideas y perspectivas que permiten la comprensión de la investigación, considerando la postura de diversos autores, sus criterios sobre el tema aportando elementos de interés para el análisis de la información obtenida en la investigación. Los principales conceptos son: la salud física, salud mental, familia, roles, límites, obesidad y la percepción de las familias con la obesidad.

#### **La salud**

Para iniciar, eje principal de esta investigación es el concepto de la salud física, el cual ha variado a través de la historia, de la cultura, así como de los significados sociales que las personas le han brindado. En un principio, la salud se consideraba como ausencia de enfermedad (concepto de la salud negativa); posteriormente, se fueron introduciendo otros criterios que la comprenden como algo más integral, pasando al paradigma de la salud positiva la cual incluye aspectos como “la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O’Donnell, 1989), propiciándose la interacción entre sus componentes (Mezzich, 2005). También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002), caracterizándose la salud como una propiedad del nivel de la persona, pero no de niveles inferiores, como los órganos (Nordenfelt, 1997b). Si añadimos a esto, que la salud puede consistir en el hecho mismo de tener salud, de estar saludable (Kugelmann, 2003), entonces la definición de la misma se multiplica infinitamente, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona” (Juárez, 2011, p. 71)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) apuesta hacia un concepto de salud positiva y la describe como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” En el mismo documento se estableció que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural (Czeresnia, 2008, p. 612).

Desde el concepto brindado por la OMS se establecen dos ejes fundamentales de la salud: el modelo psicosocial, y el aspecto positivo, que abarca la integralidad y su perspectiva de derecho. Desde

la perspectiva de analizar la salud como un derecho, se plantea el hecho de que la misma es un derecho violentado, pues la salud no es accesible ni posible para todos los grupos sociales y depende en gran parte de la capacidad económica de los individuos.

Considerando los diversos modelos de salud, Rueda (2011), coloca una serie explicaciones sobre los mismos, por ejemplo:

El modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979, 1987), es una evaluación integral de la salud con carácter de intervención tiene una gran vocación social en relación a la disponibilidad de los recursos de afrontamiento y los estresores, (...) el modelo holista refiere a la totalidad de la persona y el entorno, el modelo de salud como bienestar, (...) el modelo de salud como madurez basado en la confianza en el propio juicio, conducta estable y mantener la calma en tiempos difíciles así como el modelo de salud como inteligencia emocional y el modelo de salud como resiliencia (p. 73-75).

La salud mental le permite a la persona darle un sentido a su vida; el contar con salud mental es sentirse amado, feliz, satisfecho, con capacidad de enfrentar los conflictos y de establecerse en un contexto social en el que logra relacionarse positivamente. Asimismo, la salud mental facilita insertarse, trabajar y participar de la vida social.” El estudio del proceso de la salud mental en términos positivos nos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica o Positiva, y a lo que muchos investigadores denominan nuevo paradigma, temas que se estudian dentro de esta perspectiva son: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (resilience), los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad” (Oramas, 2013, p.34).

Por otro lado, la enfermedad debe analizarse desde la realidad de cada individuo, en el caso de la enfermedad crónica debe ser intervenida de forma constante y planificada inclusive desde la prevención, dado que este tipo de dolencias requieren de una importante inversión social, personal y económica de todo el país. De igual forma, la presencia de enfermedades mentales complejizan la atención de enfermedades crónicas, dado que asumen un desequilibrio en la persona y en su grupo social, el cual de forma inmediata es la familia, esto por cuanto, ” la estructura y la dinámica de la familia se ven alteradas con la presencia de la enfermedad. La comunicación, las relaciones familiares, el rol familiar, el sentido de pertenencia familiar, el afrontamiento de los conflictos, los valores familiares y el significado que atribuyen a la enfermedad son aspectos que influyen en el cuidado prestado a la persona enferma y que deben ser valorados con un enfoque sistémico de la familia. Este enfoque considera a la familia como un

todo y no meramente como la suma de sus miembros. El buen funcionamiento familiar es una variable importante dentro del proceso de cuidado de un enfermo crónico, que influye tanto en la familia cuidadora como en la persona que recibe el cuidado, por lo que los profesionales de la salud no podemos dejar de considerarla” (Esandi y Canga, 2011, p. 34).

## **La familia**

Comprendiendo que relación entre la salud y el medio social es una realidad ineludible, se parte de la necesidad de conocer al sujeto dentro de su grupo social principal, el cual es la familia, espacio donde satisface en inicio sus necesidades, formula sus conceptos y desarrollan sus prácticas de supervivencia, “el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social” (Bernal, 2003, p.50).

En este sentido, según Minuchin y Fishman (2004) citado por Rodríguez y Víquez (2014),

La familia es un grupo natural que en el transcurso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Esta constituye la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, también para apoyar la individualización, al tiempo que desarrolla un sentimiento de pertenencia (Rodríguez y Víquez, 2014, p. 620).

La familia es el primer grupo social en que se desarrolla la persona, donde comienza a establecer relaciones según el ejemplo de los otros miembros, sea de forma positiva o negativa. El pertenecer a un grupo familiar puede implicar que la persona sea segura, estable o, por el contrario, sea una experiencia traumática, pues la misma es “fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio.” (Bernal, 2003, p.50).

## **Etapas en la vida familiar**

Al igual que el ser humano, las familias enfrentan procesos diversos según su ciclo de vida. Según Minuchin (1982) citado por Pillcorema (2013), existen 4 fases que define de la siguiente manera:

Formación de la pareja. Se estructuran negociaciones para conformar la nueva unidad. Se crean pautas de interacción con los demás. Se vive la separación de la familia de origen para consolidarse en la intimidad.

La familia con hijos pequeños. Se inicia el holón parental, madre hijo y padre-hijo. La pareja se reacomoda con nuevas reglas para el funcionamiento familiar. Este estadio es una transición de estructura diádica a triádica; nuevos roles y funciones: madre y padre, (función materna y función paterna), el padre puede asumir un rol periférico.

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes. Comienza la relación de los padres con el mundo externo de los hijos, nuevas pautas, se introducen nuevos elementos en el sistema, se enfrentan a un mundo de otros valores ajenos a los familiares.

La familia con hijos adultos. Los hijos conforman otro hogar. Los padres se quedan solos y la familia vuelve a ser de dos. La pareja comienza a llenar nuevamente sus necesidades conyugales.

Tal y como lo menciona Chalco (2012), cada fase establece una estructura familiar distinta, organizando los modos de interacción para responder a las demandas propias y a la de otros miembros, siendo que todo está en movimiento y sin considerarse como un hecho acabado.

Las demandas de las familias son definidas por sus miembros y, evidentemente, se transforman según su estructura. Las estructuras familiares que se han definido son:

1. *La familia nuclear o elemental:* Está conformada por esposo (padre), esposa (madre) e hijos, biológicos o adoptados.
2. *La familia extensa o consanguínea:* se interrelacionan más generaciones con vínculos de sangre de una gran cantidad de personas.
3. *La familia monoparental:* está presente sólo uno de los padres y sus hijos.
4. *La familia de madre soltera:* La progenitora asume sola la crianza de sus hijos/as.
5. *La familia de padres separados:* El holón conyugal no se mantiene, pero el parental sí (Chalco, 2012).

Si bien es importante conocer las diversas formas en que se conforman las familias, es necesario rescatar que la cantidad de miembros, su estructura o la etapa en que se encuentran no determina de forma específica su dinámica interrelacional ni los alcances de esta. Son más bien los roles, reglas, límites, estilos de crianza que definen dicha dinámica.

### **Los límites y la dinámica familiar**

Generalmente, los límites están definidos por los padres y esto genera que los niños y niñas tengan claridad sobre las decisiones que deben de tomar ante las diferentes situaciones. Asimismo, los roles de cada uno de los miembros del hogar le brindan seguridad a los hijos y le definen los límites sobre los cuales deben trabajar. De acuerdo con Pillcorema (2013):

Los límites se encuentran íntimamente vinculados con la cuestión del ambiente, lo podemos definir como la línea que forma un círculo alrededor de categorías seleccionadas; un funcionamiento familiar adecuado requiere de límites suficientemente bien definidos para que sus miembros puedan desarrollar sus funciones sin intromisiones y a la vez permitir el contacto con otros subsistemas, existen límites claros, difusos o rígidos (p. 36)

Los límites crean un modelo de crianza, dado que favorecen el desarrollo de ambientes seguros, donde se identifican claramente las necesidades de las personas, sin dejar de lado la flexibilidad, que les permite reconocerse como seres individuales, pero con demandas hacia las personas que los rodean, de igual forma los límites permiten identificar la autoridad y los lineamientos a seguir para el establecimiento de pautas que organicen el sistema familiar, “de acuerdo con Richardson (1993) los comportamientos de los niños y las niñas están permeados por los límites, marcados por los padres y las expectativas de comportamiento de los infantes en los diferentes ambientes, así como “por las reglas de convivencia, las costumbres, los valores y los intercambios afectivos constantes” (Villarreal, 2007); en esta línea afirma Herrera (2000) que las manifestaciones de afecto se ven delineadas por los modelos de comportamiento establecidos por el rol de género y la dinámica interna de la familia” (Gallego, 2012, p. 334).

Según la Teoría de Sistemas, la proximidad y distancia entre los miembros de familia, están mediadas por límites y las reglas, pues éstas dictan procesos de aglutinamiento o desligamiento (apego

excesivo o desapego), los cuales se esperan trabajar de forma constante para alcanzar un punto intermedio (Ramírez, 2007).

La forma en que se establecen los límites en el grupo familiar, quién los define y el intercambio de roles que asumen los miembros, implica cambios en la dinámica familiar y esto puede, a su vez, conformar alianzas o subsistemas no funcionales. Ludizaca (2013) comprende que los roles:

Son los que definen las tareas que cada una de uno de los miembros deben cumplir dentro de la organización familiar, los roles que cumplen están establecidos de acuerdo a la cultura y por la misma familia, mantener la estabilidad del sistema familiar es una de las funciones importantes de los roles (p.29).

Asimismo, los roles permiten identificar las funciones de cada miembro, “dependiendo como se asuman los roles, la autoridad, el afecto, y la comunicación; y se cumplan las reglas y las normas, el calor afectivo será armonioso o de lo contrario la hostilidad aparecerá generando niveles de estrés e inconformidad en los miembros del grupo, lo que generará altos grados de distanciamiento y apatía en la familia” (Gallego, 2012, p. 340).

Comprender la dinámica familiar permite escudriñar las formas en que la familia se enfrenta a las situaciones, demandas o problemáticas que le atienden. Según Granados (2015, s.p.), en la teoría de sistemas, Minuchin rescata que la forma terapéutica de comprender dicha dinámica parte de analizar aspectos como:

1. Las pautas transaccionales y alternativas disponibles. Quien desarrolla la terapia toma en cuenta las formas de comunicarse entre los miembros de la familia y si la familia ha explorado pautas alternativas.
2. La flexibilidad del sistema al cambio y capacidad de elaboración y reestructuración.
3. La sensibilidad del sistema ante las acciones individuales de sus miembros.
4. El marco ecológico familiar, en términos de fuentes de apoyo y stress.
5. El ciclo vital familiar y si el rendimiento en las tareas y la cobertura de necesidades son apropiadas al estadio en el que se encuentra el sistema familiar.
6. La forma en que los síntomas del paciente identificado son aprovechados por la familia para el mantenimiento de sus pautas.

7. Los patrones de resolución de conflictos, es decir, las formas usuales en las que la familia enfrenta las dificultades.

### **La obesidad infantil y la familia**

En el caso propiamente de la obesidad infantil, es importante analizar la relación entre la familia y la obesidad del niño o niña, “existe una base genética heredada de una forma poligénica en un 40-80% de los casos de obesidad. Esta base genética puede actuar a través de diferentes mecanismos: preferencia por determinados tipos de comidas, gasto energético, patrón en el crecimiento, distribución de la grasa, efecto termogénico de los alimentos y grado de actividad física” (Patiño, et al., 2017, p. 126), lo mencionado rescata factores biológicos, pero también sociales, que se definen en la crianza.

Es importante analizar si la condición de obesidad del niño o niña es mantenida para no romper con la homeostasis de la dinámica familiar, la cual, si bien no se encuentra actuando conforme a lo deseado, permanece estable y sin cambio. Cuando la familia no desea un cambio, presenta tres aspectos fundamentales, según la teoría de sistemas:

*Negatividad* acerca del paciente identificado, pronunciamientos de parte de los miembros de la familia que indican que ven al paciente identificado y a sus síntomas, como la causa única del dolor, de la tristeza y de las dificultades en la familia.

*Centralidad* del paciente identificado, es decir, cuán envuelto está el paciente identificado en el mayor número de las conversaciones y las interacciones de la familia.

*Sobreprotección* del paciente identificado y de sus síntomas, a veces se lleva a cabo a través de darle excusas y justificaciones, o quizás se le disminuya la importancia o se suaviza, o pueden optar por una posición de que es un caso perdido y para qué molestarse (Granados, 2015).

Rodríguez y Víquez (2014) refieren que existen diferentes sistemas dentro de las familias: el subsistema individual, el conyugal, el parental y el fraternal. En cada uno de ellos, se desarrollan relaciones diferentes pero necesarias para el equilibrio; no obstante, si alguno de estos subsistemas se altera o se ve afectado, los otros también, por lo que en el caso de la obesidad esto compromete a todos los hábitos y estilos de vida de los diferentes subsistemas, los cuales deben estar dispuestos a analizar su responsabilidad y sus pautas de negación, para superar el problema, el cual no solo involucra al paciente.

Para que la familia actúe es necesario que comprenda y se informe. Los profesionales consideran que la obesidad infantil es:

un exceso de grasa en el cuerpo acompañado por lo general de un incremento de peso, siendo el resultado de una excesiva ingestión de energía o ingesta calórica en relación con el gasto y un índice de masa corporal superior a 30KG/M<sup>2</sup> (ACSM, 2000, s.p.).

Sin embargo, la obesidad infantil no solamente se relaciona con un estado físico, sino con una serie de interacciones que provienen desde su primer grupo de socialización; según el enfoque psicoanalista la obesidad está ligada a la relación con la madre, al sentimiento de sobreprotección, así como del temor a perderla y que lo anterior puede generar distorsiones en el menor, promoviendo la necesidad de mantener la alianza al alimento para estar sujeto a la madre, la cual es quien provee dicho alimento (Andrawus, 2014).

Si bien, esas aseveraciones no son determinantes, sí se asocia el hecho de que son las madres quienes proveen en su mayoría los alimentos a los menores y el nivel de importancia que la progenitora le otorgue a la obesidad y a los hábitos de alimentación, inciden directamente sobre los niños y niñas, en investigaciones realizadas por Edgell (1980), Rapoport (1973) señalan que “mientras que el hombre asume el rol de proveedor, la madre se ha encargado de la crianza y el cuidado de los hijos, así como del vínculo afectivo que allí se gesta. En este orden de ideas, en el seno de la familia la división sexual y la asignación o asunción de roles está supeditada a la productividad de sus miembros” (Gallego, 2012, p.339). No obstante, de igual forma, hay condiciones externas a las creencias de la progenitora como el contexto económico en que se encuentre el grupo familiar, el cual también asume un papel predominante.

En relación con lo anterior, Campos (2006) señala que en las clases económicas bajas se tiende a justiciar más la presencia de la obesidad, indica que la mala alimentación está ligada con las condiciones de pobreza. Por su lado, Andrawus (2014) destaca que según la Encuesta Nacional de Hogares 2010, 336.997 personas viven en pobreza extrema, siendo que los alimentos de mayor alcance a nivel de economía son aquellos altos en calorías y grasas, por lo que ambos factores se ven ligados.

En la obesidad, confluyen factores exógenos como una nutrición hipercalórica, con baja actividad física, “el sedentarismo y por tanto, a una disminución del gasto energético, pero lo cierto es que en algunos países se ha observado en las últimas décadas, un incremento importante de la ingesta energética diaria. La acumulación de grasa involucra hábitos alimentarios, estilos de vida, condiciones ambientales, tanto en el acceso a los alimentos como en los cambios acontecidos en el núcleo familiar, que han evolucionado de manera muy notoria y han favorecido los enormes cambios en los patrones de consumo,

factores psicológicos, alteraciones metabólicas, trastornos endocrinos y factores hereditarios, sin descartar la interacción entre todos estos factores ambos deben ser tratados para alcanzar mejores resultados en la atención” (Cruz, Sánchez, Dávila y Jiménez, 2017, p. 256)

También se identifican factores endógenos que es la información genética propia de cada individuo, “entre los genes implicados en la etiología de la obesidad se encuentran genes que codifican péptidos de función señal de hambre y saciedad, genes implicados en el crecimiento y diferenciación de los adipocitos, genes metabólicos y genes implicados en el control del gasto energético (Gil-Hernández, et al., 2007). En este sentido, alteraciones de la expresión de genes relacionados con el metabolismo de la insulina y la inflamación del tejido adiposo son procesos básicos que explican la etiología de la obesidad” (Cruz, et al, 2017, p. 265)

Calderón y otros (2009) indican que la edad media de inicio de la obesidad es a los 4,9 años, la mayor severidad fue a los 7 años y a los 15 años, el 70% de los adolescentes, ya se había tratado, al menos, en una ocasión la condición de obesidad.

Esto demuestra que cuando los niños y niñas se encuentran en una edad en la que dependen mayormente de sus padres, y si ellos mantienen malos hábitos de alimentación, se comienzan a presentar dicha condición de obesidad, esto por cuanto la obesidad esta íntimamente ligada con la alimentación y tal como lo afirma Osorio, Weisstaub, y Castillo (2002, p.282) “los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad.

González (2009) afirma que la obesidad infantil puede presentarse en diferentes tipos de familias, pequeñas o extensa, predominando los hábitos alimenticios de quien se encarga de los alimentos, y quien a su vez define mayormente los límites en el hogar.

Algunos autores sugieren que el permitir la obesidad en el niño “puede representar una lesión en la autoestima y un limitado crecimiento personal, tal como lo describe Fuillerat (2004, p.249) quien plantea la inaceptabilidad social que provoca la obesidad, genera frustración, depresión, aislamiento”. Pero ello depende a su vez, del manejo que los padres puedan hacer de la condición de obesidad y de los ambientes en que sus hijos se desarrollen.

La percepción de los padres con respecto a la condición de obesidad y el estado nutricional influye en la posibilidad de cambio, pues tal y como se mencionó, si la obesidad se considera un problema, los

padres se informan de cómo tratarla, crean hábitos de vida saludables, casi que de forma directa sus hijos verán los cambios “se ha encontrado que madres de niños con SP-OB no perciben de forma adecuada el peso de su hijo, tienden a subestimarlos. Otros autores señalan que existe en las madres una incapacidad para percibir de forma adecuada el sobre peso u obesidad (SP-OB) de sus hijos y que podría ser más fácil que perciban de forma adecuada (SP-OB) el que se presenta en niños no emparentados, es decir, en aquellos niños con los que no se comparten lazos consanguíneos. Además, se ha encontrado que madres de niños con SP-OB refieren que el peso de su hijo no es un problema potencial para la salud” (Lara, Flores, Alatorre, Sosa y Cerda, 2011, p. 259)

López y otros (2012) indican que los hijos e hijas de padres con niveles educativos más bajos, ven más televisión ( $p$  menor 0.001), que los niños y niñas con padres de nivel económico más alto. Esto, por cuanto, las oportunidades de recreación, así como las comunidades donde viven pueden implicar mayores limitantes para la actividad física, principalmente en el contexto urbano.

### **La conducta alimentaria**

Parte fundamental de trabajar en el tema de la obesidad infantil es la conducta alimentaria, la cual se entiende como:

El conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (Domínguez, Olivares, y Santos, 2008, p. 30).

Lo anterior, por cuanto la conducta alimentaria determina la existencia de una conciencia para la elección de los alimentos, la cantidad que se consume, las veces en que se alimentan en el día, los lugares donde accedemos a los alimentos, el tema de la compensación por medio de la alimentación, entre otras prácticas que hacen la diferencia entre un caso y otro.

Como referencia de lo mencionado sobre la conducta alimentaria, Fernández y Monestel (2014) afirman que en la mayoría de los casos los alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar, que marca las pautas alimenticias, siendo permisivo o autoritarios con respecto a la comida o ligándola con castigos o recompensas; por lo tanto, este determina la posibilidad de contar con ciertos alimentos en el hogar, también en los alimentos se hacen presentes las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños y niñas durante la comida. Asimismo, en la

actualidad las situaciones laborales de los padres, hace que los niños y niñas tomen mayores decisiones o manipulen en el tema de la alimentación y los padres los hacen consumir más allá de las necesidades requeridas con la creencia de brindarles una buena nutrición.

### **Estrategias para combatir la obesidad infantil**

La importancia de desarrollar hábitos de vida saludables se convierte en un aspecto fundamental en los primeros años de vida, comenzando por el tipo de alimentación que se consuma en el hogar y la actividad física que se realice es que los niños adquieren patrones que influyen durante todas las etapas de su vida.

La actividad física es una estrategia empleada para promover una vida saludable, según Pérez y Devís (2003, s.p.):

La actividad física se considera como un medio para mejorar la salud, entendida como ausencia de enfermedad. La función de la actividad física sería la de curar o evitar la aparición de enfermedades, especialmente aquellas que se asocian con el sedentarismo. Esta concepción se basa en el hecho de que el gasto energético asociado a la actividad física puede provocar determinadas adaptaciones orgánicas consideradas factores de protección frente a las enfermedades (s.p.).

La actividad física en el caso de los niños y niñas debe implementarse de forma llamativa por medio de acciones lúdicas, que impliquen un papel fundamental no solo en el aspecto físico, sino en la formación de un carácter positivo, una alta autoestima y habilidades para la resolución de conflictos que aparecen en el juego. “Los juegos generan diversión y su finalidad principal consiste en lograr el disfrute de quienes lo ejecutan, es una actividad capaz de transmitir emociones, alegría, salud, estímulo, motivación, deseo de ganar, permitiendo la socialización e inclusión de otros participantes, por ello se convierte en una acción vital e indispensable para el desarrollo de todo ser humano, aquí la reglamentación es mínima y lo importante no es realizar bien la técnica o ganar, sino la diversión, lo cual genera placer” (Gómez, 2017, p.33).

Dentro de las recomendaciones brindadas por la Organización Mundial de la Salud (2010) se establece que los niños deben realizar actividad física de forma constante “por lo menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa (AFMV) para ser considerados físicamente activos y obtener beneficios a la salud” (Medina, Jáuregui, Campos y Barquera, 2018, p. 265).

Sin embargo, para alcanzar este tipo de recomendaciones, debe existir una articulación institucional que permita a las escuelas, colegios, comunidades comprometerse en el desarrollo de programas para la actividad física, y de igual forma, los padres requieren reorganizar el tiempo para compartir espacios de recreación con los niños y niñas, dado que “la familia es uno de los factores más influyentes en los jóvenes que practican actividad física saludable, tanto del grupo que lo hace de manera saludable (de acuerdo con los estándares de la OMS), como en aquellos que practican actividad física pero no de manera sistemática, por lo que es importante que los educadores físicos trabajen en conjunto con la comunidad escolar y la familia” (Jaramillo., Márquez, Jaime, Solís, Gómez y Hernández, 2017, p. 212).

Por tanto, lo importante no solo es la creación de espacios, o el desarrollo de actividad física por comprenderse como un requisito, sino combinar toda una serie de factores físicos, sociales y psicológicos que permitan crear la práctica del ejercicio como un hábito de por vida, dado que “una condición física positiva se relaciona con la auto-percepción general de la salud, que mejora los estados de ánimo positivos y la autoestima; y disminuye los sentimientos negativos, como la ansiedad y el estrés percibido”(Estrada, Vázquez, Gáelas, Ortega, Serrano y Acosta, 2016, p. 204) permitiendo que las personas sean más positivas y agradadas con su ambiente.

## **Capítulo III METODOLOGÍA**

El presente capítulo corresponde a la metodología, la cual explica el desarrollo de la investigación desde un enfoque mixto, porque incluye el IPAC con su debida confiabilidad y validez y un instrumento de entrevista semiestructurada, valida por el equipo profesional, dicho enfoque permitió una constante modificación de los procedimientos que se adaptaron mayormente a las características de los sujetos, de los espacios físicos con que se contaban, del tiempo que facilitaron los participantes y de otros elementos circunstanciales que aparecieron en el proceso.

Este proceso investigativo no se desarrolló de forma lineal, sino que fue necesario una constante regresión para modificar lo que ha establecido anteriormente. La investigadora comenzó examinando el mundo social, de forma deductiva (de lo particular a lo general) y, en este proceso, formuló una teoría coherente con los datos y sus observaciones, frecuentemente denominada teoría fundamentada, (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Se trata de ver la realidad como un todo y no como partes aisladas, pero una realidad interpretada por los participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Se procede de casos individuales y se fue recolectando la información para construir teoría. No se prueban hipótesis, sino que éstas se generaron durante el proceso. Resultó de importancia conocer las vivencias desde la propia individualidad, considerando lo verbal y lo no verbal para comprender las dinámicas que se desarrollan (Hernández et al., 2006).

### **Diseño de la investigación: Descriptivo y exploratorio. (Estudio de casos)**

El estudio descriptivo es el empleado en la presente investigación, debido a que el interés fue conocer los factores y dinámicas que puedan incidir en las familias con niños y niñas que presentan obesidad. Este tipo de estudio intentó describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; desea especificar las propiedades identificando conceptos o categorías de forma individual, no realiza asociaciones, sino solo considera la información obtenida desde la perspectiva de los actores en la investigación, por tanto, facilita el contacto con un tema de forma amplia (Hernández, et al., 2006).

El método empleado es el exploratorio el cual permitió describir cómo las familias establecen sus patrones de comportamiento, pensamientos y adoptan una serie de pautas que permiten que desde su perspectiva mantiene la obesidad del menor.

Además, permitió entender una dinámica o forma de vida, captando el significado que le dan al fenómeno social; así como la forma en que él mismo les permite interactuar con los demás. La etnografía le exige a la investigadora la capacidad para conocer los medios empleados, por estas familias en estudio para organizar su vida y comprender su posición en medio de la situación (Bautista, 2011).

La construcción del análisis partió de las interpretaciones de los participantes, comprendiendo como cada una de las personas entrevistadas entiende, describe y explica la condición de obesidad y su posición frente a la misma, así como sus hábitos de vida en diversos temas. Todo lo mencionado por los sujetos de la investigación fue considerado, sin necesidad de ponerlo a prueba, debido a que no se trató de una evaluación, sino de rescatar las experiencias en sus propios contextos, sin alterar su dinámica cotidiana.

Si bien durante la investigación se encontraron aspectos que marcaban una relación entre sí, eso no fue lo primordial, pues el objetivo real fue la descripción de los fenómenos, situaciones, contextos y eventos, desde un método de estudio de casos exploratorio – descriptivo donde los mismos participantes reflexionaron, analizaron y descubrieron elementos desde su propio significado.

## **Pregunta general**

¿Cuáles son los factores internos de tipo económicos, sociofamiliares, la condición de salud y los patrones de actividad física de las familias cuyos niños o niñas presentan obesidad y asisten a la Clínica de obesidad infantil del Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

## **Preguntas específicas**

1. ¿Se presentan alguna enfermedad física o mental en los miembros de la familia y está relacionado con el desarrollo de estilos de vida físicamente activos?
2. ¿Cómo es la estructura familiar así como las características económicas y sociales de las familias sujetas de estudio?

3. ¿Cuáles son los patrones de pensamiento identificados en los miembros de la familia y su relación con sus estilos de vida, activos o sedentarios?
4. ¿Cuáles son los patrones de comportamiento identificados en los miembros de la familia y su incidencia en la patología de la obesidad?

Cuadro 1. *Categorías de análisis de la investigación*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategorías:</b>
<b><i>Estados de Salud</i></b>	Presencia de enfermedades físicas Presencia de enfermedades mentales
<b><i>Estructura familiar</i></b>	Composición familiar Manejo de roles y límites Factores socioeconómicos: Lugares de residencia, situación socioeconómica, nivel de escolaridad.
<b><i>Patrones de comportamiento</i></b>	Conducta alimentaria Nivel de actividad física semanalmente. Actividades realizadas en tiempo libre.
<b><i>Patrones de pensamiento</i></b>	Consecuencias de la obesidad Causas de la obesidad Concepto de la obesidad de la persona menor de edad por parte de los encargados. Percepción sobre el tratamiento recibido en la Clínica de Obesidad Infantil.

Fuente: Elaboración propia

### **Selección de informantes claves**

Posterior a un primer contacto con la población elegida, la cual se escogió a conveniencia teniendo que cumplir los criterios establecidos y contar con las condiciones físicas y mentales, se procedió a brindar la información sobre el objetivo de la investigación y lo requerido por parte de la persona participante, este participante será la persona representativa que indicará además de sus condiciones personales, también los factores a lo interno de su familia que inciden en la condición de obesidad de los niños y niñas y los patrones de la actividad física, por lo cual la declaración como tal se tomará como válida. Las personas al aceptar con voluntariedad su participación procedieron a completar el consentimiento informado (anexo 2). El desarrollo del trabajo de campo se llevó a cabo durante el

segundo semestre del 2016, con 19 miembros que representaban a cada una de las familias, quienes dentro de su grupo familiar contaban con un niño o niña con edades entre los cinco y doce años y que asiste a la Clínica de Obesidad Infantil, desde hace un año o más. Las entrevistas fueron aplicadas a las personas mayores de edad, que acompañaban al infante a las sesiones de la Clínica de Obesidad, siendo en su mayoría las madres, las cuales a su vez debían contar con las condiciones físicas y mentales necesarias.

Las personas participantes pertenecían a comunidades dentro de la provincia de Heredia, cantón central y su composición familiar era definida por grupos nucleares, monoparentales, monoparentales extendidos y extendidos con ambos padres. La mayor parte de estas familias proceden de estratos económicos medios y bajos, las madres que forman parte de familias nucleares, en su mayoría no laboran, distinto a lo que ocurre en las familias extendidas o monoparentales.

#### Cuadro 2.

##### *Criterios de inclusión del informante clave*

---

**Criterios**

---

Familias con niños y niñas de 5 a 12 años.

Que se encuentran en control actualmente en la Clínica de Obesidad Infantil

Que cuenten como mínimo con un año de estar asistiendo a la Clínica de Obesidad Infantil.

Que deseen participar de la investigación.

Que tengan la posibilidad de asistir a las sesiones citadas para las entrevistas.

---

Fuente: Elaboración propia

#### Cuadro 3.

##### *Criterios de exclusión del informante clave*

---

**Criterios**

---

Familias que sean inconstantes en la atención

Familias que se encuentren recibiendo tratamientos o atención por otras problemáticas no asociadas a la obesidad.

Familias que no vivan en el cantón central de Heredia

Familias o niños (as) que no expresen su voluntariedad en participar.

---

Fuente: Elaboración propia

## **Instrumentos**

Para esta investigación se emplearon entrevistas semiestructuradas, o también denominada entrevistas no directivas. Según Bautista (2011), las entrevistas de este tipo:

Contienen preguntas abiertas, reflexivas y circulares las cuales pueden develar las categorías de interés, clarifica conductas, fases críticas, identificando y clasificando los problemas, sistemas de valores, comportamientos, estados emocionales... el investigador estimula la expresión de la persona en su propio espacio (p.172)

Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron de forma individual. En estas, la investigadora realizaba las interrogantes y le permitía al sujeto expresarse libremente. El instrumento fue validado por el grupo de supervisión de la investigación y la encargada del Departamento de Pediatría del Hospital San Vicente de Paul, lo cual permite darle validez a la información recopilada, por cuanto desde la parte profesional se consideraron que las preguntas incluidas en esta entrevista retomaran los aspectos fundamentales de los factores internos de cada grupo familiar.

Para la medición del nivel de actividad física, se aplicó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire) (IPAQ), en su versión corta, conformado por (7 ítems) que consideró la intensidad de la actividad física (leve, moderada o vigorosa), frecuencia (medida en días por semana) y duración (tiempo por día). Además, incluyó los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte). Dicho instrumento según el Alfa de Cronbach presenta un 0,80 para la confiabilidad (significa que el instrumento es consistente en sus resultados, es decir que su aplicación a los mismos sujetos en diferentes ocasiones producen resultados similares) y 0,30 para la validez (que el instrumento realmente mide la variable que desea medirse) (Tolosa y Gómez, 2007). Dicho instrumento solamente se contempló la actividad física realizada por la persona responsable del menor, es decir no representa a la familia en su totalidad.

Las fórmulas empleadas para determinar el nivel de actividad física realizada fueron las siguientes:

- $\text{Andar MET-minutos/semana} = 3.3 * \text{minutos andando} * \text{días andando}.$

- Actividad Moderada MET-minutos/semana = 4.0 \* minutos de actividad de intensidad moderada \* días de intensidad moderada.
- Actividad Vigorosa MET-minutos/semana = 8.0 \* minutos de actividad de intensidad vigorosa \* días de intensidad vigorosa.
- Actividad Física Total MET-minutos/semana = suma de Andar + Moderada + Vigorosa METminutos/semana.

Las fórmulas permitieron determinar la cantidad de mets empleados. El met es la unidad de medida metabólica, es decir, la cantidad de energía que consume un individuo; cuando la persona está en reposo, el valor es del 3,5 y, cuando está realizando actividad física, por ejemplo, a 10 mets, se multiplica por 3,5 para determinar el gasto de energía total (OMS, 2018)

Este instrumento al igual que el cuestionario fue aplicado a la persona adulta responsable del menor de edad y quien asume el proceso de acompañamiento a la Clínica de Obesidad Infantil.

## **Procedimiento**

### *Primera Fase. Elaboración del diseño del estudio*

En el inicio de este proceso, se completó una serie de protocolos, solicitados por el Comité de Ética del Hospital, los cuales estaban conformados por varios formularios (anexo 3), y el consentimiento informado, que fue firmado por cada uno de los participantes; la revisión de dichos formularios fue de aproximadamente tres meses por parte del Área de Bioética en Investigación del Hospital San Vicente de Paúl, como parte de las líneas dictadas por el Cendeiss. Una vez analizados dichos formularios se hicieron las respectivas correcciones emitidas y se obtuvo el permiso para desarrollar la investigación.

Paralelamente se diseñó la entrevista semiestructurada con los aspectos señalados en las categorías de análisis (Anexo 4). Dicho instrumento se validó frente al grupo asesor de la investigación, así como por parte de la Coordinadora de la Clínica de Obesidad Infantil y el Comité de Ética del Hospital. Asimismo, se investigó sobre el instrumento del IPAQ, en su versión corta, y los datos que podría ofrecer dicho instrumento.

## *Segunda fase. Trabajo de campo*

Una vez obtenidos los permisos para ejecutar el trabajo de campo, se procedió a la primera parte de esta fase: inmersión inicial en el campo.

Validados los instrumentos, se procedió a la preparación de los datos para el trabajo de campo. En primera instancia, fue necesario realizar visitas a la jefa del Departamento de Pediatría, para obtener las listas de pacientes, así como conocer los días que estaban citados a la atención en la Clínica de Obesidad. Por tanto, la selección de los informantes claves.

Posteriormente, se filtró la información, identificando los pacientes que tuvieran entre cinco y doce años y que, además, tuvieran al menos un año de participar de las sesiones de la Clínica de Obesidad de forma constante. Al estar seleccionado el grupo de pacientes, se procedió a establecer comunicación telefónica con las familias, para corroborar su asistencia a la cita, debido a la ausencia de algunos pacientes, se requirió buscar nuevas familias para completar el grupo, pues algunas de las localizadas por teléfono no estaban interesadas en continuar en el proceso de atención de la Clínica.

Una vez confirmadas las citas, la investigadora se presentó al Hospital para tener un primer contacto con los pacientes; debido a que las sesiones de la Clínica se dividen en dos partes, una grupal y otra individual, en la sesión grupal, se le explicó a las personas participantes: el objetivo de la investigación, el proceso a realizar, así como cuál sería su aporte. En ese mismo momento, se llevó a cabo el protocolo para firmar el consentimiento informado y se establecieron citas para realizar las entrevistas individuales.

Es importante mencionar que la atención en la Clínica es cada cuatro meses; por ello, se requirió convocar a las personas en un momento más inmediato y no esperar nuevamente a la próxima cita. En algunos casos, fue posible entrevistarlas el mismo día, a otros participantes, se les solicitó asistir en otro momento al hospital a la entrevista y, en casos donde las familias presentaban recursos económicos limitados para el pago de pasajes, se coordinó las visitas domiciliarias. Se realizó el estudio de casos, por cuanto el acceso a todo el grupo familiar era difícil, por obligaciones escolares o laborales que limitaban la posibilidad de entrevistarles, además no todo el grupo familiar estaba comprometido con el proceso o tenían anuencia a participar de la investigación y de igual forma la situación económica no les permitía presentarse en su totalidad a las citas brindadas en el hospital.

Por cuestiones de tiempo, disponibilidad de las familias y recursos económicos, se entrevistó a un solo miembro de la familia. Dicha persona podía ser la madre, el padre, o abuela, y era quien acompañaba al menor de edad a la clínica y, a su vez, asumía la mayor parte del cuidado del menor. La mayoría de las personas entrevistadas eran de género femenino, a saber, las progenitoras o abuelas de los menores. La persona entrevistada, desde su perspectiva, respondía las interrogantes sobre la dinámica familiar y, asimismo, esta fue la elegida por la investigadora para completar el cuestionario del IPAQ, (anexo 1) basándose en la actividad física que ella realizaba, esto considerando que tuviera las condiciones físicas y mentales posibles para el desarrollo de la actividad.

### *Tercera Fase. Sistematización y análisis de la información*

Inicialmente para efectos de sistematizar el instrumento del IPAQ se organizó los datos brindados por las familias, definiendo en un cuadro los mets obtenidos de acuerdo al nivel de actividad física realizada semanalmente, de esta forma se fueron identificando los niveles de actividad: baja, moderada, e intensa o vigorosa de las personas participantes, siguiendo los siguientes aspectos:

1. Personas que no alcancen los 600 METS-minutos/semana, se considera como actividad baja, sin actividad, o sin la actividad suficiente para incluirlo en moderada o vigorosa.
2. Personas moderadamente activas, aquellas que empleen al menos 600 MET-minutos/semana.
3. Personas que realicen actividad de tipo vigorosa emplean más de 3000 MET-minutos/semana.

Se llevó a cabo la triangulación de los datos utilizando la información aportada por el IPAQ, la información brindada por los informantes claves, la teoría y lo observado por la investigadora. Los resultados se organizaron según las categorías establecidas en la metodología. En cada categoría se incluyeron los aportes que brindaron cada una de las personas entrevistadas, utilizando los fragmentos con respuestas más amplias y acorde con lo consultado por la investigadora.

Se fueron identificando asociaciones entre los cambios de la familia, el rol del representante familiar, así como el nivel de actividad física realizada, (es importante recordar, que si bien se busca identificar la familia, dichos factores se consideran a partir del criterio del informante clave).

El proceso de análisis buscó evidenciar si los datos cualitativos mostraban congruencia con los datos cuantitativos, que se estimaron en el IPAQ con respecto a los escasos hábitos de actividad física, y ello permitió identificar limitaciones encontradas en el tratamiento de la obesidad, desde la percepción de la persona entrevistada.

En el apartado de resultados, a partir de la teoría expuesta, se intenta comprender los significados que le dan las familias a la problemática estudiada, considerando las características y lo que se logró identificar en las dinámicas presentes.

Se utilizan ciertos elementos teóricos, tales como enfoque de salud, enfermedad, conducta alimentaria, actividad física, familia, estructura familiar, que permiten un análisis de las reflexiones aportadas por los participantes, sin el objetivo de generalizar, pero con la intención de comprender el comportamiento social de un determinado grupo, en circunstancias específicas y frente a una misma problemática de salud.

## **Capítulo IV**

### **LIMITACIONES**

Como parte del proceso de investigación se encontraron algunas limitaciones que implicaron cambios, ejemplo de ellos es que no todas las familias disponían de los recursos económicos para asistir a la Clínica de Obesidad, lo cual implicó la asistencia de la investigadora a su domicilio con el propósito de aplicar las entrevistas.

Por otro lado, se visitaron lugares de riesgo social, donde la permanencia de la investigadora no podía durar mucho tiempo, por lo que esto implicó una mayor brevedad en los tiempos de la entrevista.

Además algunas de las familias seleccionadas en primera instancia, no siguieron asistiendo a la clínica o no cumplían los criterios de selección, por lo que se tuvieron que escoger otras familias que implicó una mayor tardanza.

La doctora encargada del proyecto de la Clínica de Obesidad, no contaba con el tiempo para apoyar la investigación, por cuanto a medio proceso no fue posible continuar con su presencia en el trabajo de campo ni en la redacción del documento.

Existieron criterios diversos sobre las personas que asesoraron el presente documento de investigación, lo cual implicó lentitud en el proceso y requirió de muchas modificaciones para alcanzar los acuerdos entre las partes.

## Capítulo V

### RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INTERPRETACIÓN

El presente capítulo corresponde a la presentación y análisis de los resultados obtenidos, la interpretación de los mismos IPAC rescató de la triangulación de los datos obtenidos en el IPAC, en la información aportada por el informante clave a partir de la entrevista semiestructurada, lo que la teoría establece y lo observado por la investigadora. En primera instancia, se analizan los resultados del instrumento de actividad física IPAQ versión corta, donde se indicaron los niveles de actividad física que realizan las personas entrevistadas.

Cuadro 4.

*Resultados del Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ Versión corta, sobre los  
mets empleados en la actividad física semanal, del miembro de la familia entrevistado*

<b>Miembro de la familia, entrevistado, por número de familia.</b>	<b>Cantidad de Met-min/sem, en la actividad física realizada por el informante clave</b>
<b>1</b>	1590
<b>2</b>	46
<b>3</b>	115
<b>4</b>	172
<b>5</b>	1116
<b>6</b>	182
<b>7</b>	1434
<b>8</b>	2115
<b>9</b>	172
<b>10</b>	0
<b>11</b>	0
<b>12</b>	3150
<b>13</b>	159
<b>14</b>	69
<b>15</b>	3640
<b>16</b>	1712
<b>17</b>	1818
<b>18</b>	69
<b>19</b>	0

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en esta investigación, 2017

Según Delgado y Soto (2005), para evaluar los niveles de actividad física, se propone que se consideren actividades de baja, moderada y vigorosa intensidad, para lo cual se asigna la cantidad de mets para cada una de ellas, 3.3 mets, 4 mets y 8 mets, respectivamente.

Los autores mencionan que si el gasto semanal es menor a 600 mets es baja, mayor a 600 mets es moderada, y más de 3000 mets es vigorosa. Partiendo de esta clasificación, se identifica que solamente dos de las personas entrevistadas (cada una representa una familia) llevan a cabo actividad física vigorosa, seis de ellas realizan actividad moderada y el resto (once familias) son sedentarias. Lo anterior corresponde a la realidad nacional, dado que en Costa Rica:

Un 65% de las personas que viven en el país son inactivas o sedentarias, situación que puede generar casos de obesidad y estrés que desembocan en otros padecimientos tales como depresión, diabetes, presión alta, etc. (Castillo, Rojas y Coto, 2016, p.12)

Por tanto, el estudio realizado, aproxima que existe una relación entre las investigaciones desarrolladas a nivel nacional y los informantes claves identificados en la población que asiste a la Clínica de Obesidad Infantil. Sin embargo, se deben realizar mayores estudios con una muestra más significativa para corroborarlo.

En relación con lo anterior, se evidencia que el 58% de las familias son sedentarias y, asimismo, el 76% presentan alguna enfermedad. En el discurso de las personas entrevistadas, se identifican algunas condiciones de salud que inciden en la problemática de la obesidad, o en algunos casos, es la obesidad la responsable de otras enfermedades, tal y como se rescata en las siguientes afirmaciones.

Cuadro 5.

*Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca de las enfermedades físicas y mentales que se presentan en el grupo familiar.*

<b>Respuestas asociadas a enfermedades físicas y mentales en el grupo familiar</b>	
<i>...en mi casa, casi todos tenemos sobrepeso, ha sido muy difícil poder cambiar los hábitos de la alimentación (Familia 2).</i>	<i>... uno de mis hijos tiene autismo, esto es difícil para mí otro hijo (paciente), porque no puedo dedicarle mucho tiempo o llevarlo hacer actividades físicas o a jugar, ya que su hermano no logra estar mucho rato fuera de la casa (Familia 4).</i>
<i>...mis hijos han padecido de asma, por eso casi no realizan mucha actividad física (Familia 14).</i>	<i>...en algunos momentos, presenté mucha depresión, casi no lograba interactuar con mis hijos, ahora me siento mejor (Familia 11).</i>
<i>...los abuelos y nosotros los papás hemos comenzado a tener problemas de la presión, casi todos tomamos pastillas para controlarla (Familia 6).</i>	<i>...con el retardo de Pedro (nombre ficticio), hacer las tareas del hogar y de la escuela me consumen la mayor parte del tiempo (Familia 10)</i>
<i>...comencé a presentar diabetes ya de adulta, todavía no debo inyectarme, pero sí requiero medicamentos (Familia 13).</i>	<i>...los hijos sienten la depresión de la mamá y ellos también se deprimen. Uno no cree, pero eso se ve en la Escuela, donde ya tampoco quieren participar de las actividades (Familia 5).</i>

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en esta investigación, 2017

De las 19 familias estudiadas, se encontró que un 55% presentan sobrepeso u obesidad, un 5% son diagnosticados con hipertensión, otro 25% padecen de diabetes tipo dos y, con respecto al asma, prevalece esta patología en un 35% de las familias.

Dichas enfermedades se ubican en uno de los modelos dominantes de la enfermedad, el Modelo de enfermedad crónica, “causada por múltiples factores, entre los cuales se incluyen hábitos y estilos de vida inapropiados, es de larga duración y produce graves consecuencias” (Quinceno y Vinaccia, 2010, p. 62).

En el caso de la obesidad o sobrepeso, los estudios demuestran que cuando los padres son obesos, el riesgo de que los hijos lo sean es mayor, pues son los padres quienes definen los hábitos que se realizan en el hogar y con su estilo de vida inciden en las decisiones de sus hijos. Lo anterior reafirma los resultados de Calderón y otros (2009), quienes determinan en su estudio que, cuando uno de los padres es obeso, el riesgo de obesidad de los niños y niñas a los siete años aumentó y el riesgo era mayor cuando ambos padres eran obesos. Lo mismo se evidencia en los resultados de la entrevista, (preguntas 16-17-18) donde la percepción y la importancia que brinde la persona cuidadora a su estado de salud, así como el desarrollo de actividad física, (de acuerdo a los datos obtenidos en el IPAQ) influye directamente en los hábitos que presenta el niño o niña, creando un estilo de vida.

Además de la obesidad, en las familias se presentan otras enfermedades, derivadas de un estilo de vida no saludable, esto por cuanto describen una alimentación cargada de carbohidratos, azúcares, falta de actividad física. Por ejemplo, en la familia seis, además del sobrepeso se encuentran que sus miembros padecen de hipertensión y diabetes, las cuales se constituyen en enfermedades crónicas y se definen como:

Un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones su origen no es contagioso (Robledo y Escobar, 2010, p. 4).

El hecho de que estas enfermedades sean poco predecibles, puede afectar órganos vitales, desarrollando padecimientos más complejos como las cardiopatías. Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad de la población, por ejemplo según Robledo y Escobar (2010), en el 2005, aproximadamente 35 millones de personas de todo el mundo murieron por enfermedades crónicas, y se prevé que para el 2015, aumentarán en un 17%. De igual forma, ocurre en Costa Rica, donde la principal causa de muerte sigue siendo la cardiovascular, teniendo como factores disparadores a la hipertensión, la diabetes, la obesidad, el fumado y el sedentarismo.

En este sentido, se reconoce que la actividad física regular favorece la salud cardiovascular, puesto que:

Realizar actividad física de intensidad moderada durante un mínimo de 30 min 5 días por semana o de intensidad alta durante un mínimo de 20 min 3 días por semana mejora la capacidad

funcional y se asocia a reducciones en la incidencia de enfermedad cardiovascular y mortalidad (Cordero, Masiá, y Galve, 2014, p.748)

No obstante, familias como la seis y la once, donde se presentan enfermedades de riesgo como la hipertensión, no desarrollan ningún tipo de actividad física (esto fue constatado, mediante la aplicación del IPAQ, donde se consultó sobre la realización de actividad física de cada persona entrevistada y mediante la entrevista donde se conoció el tipo de actividad física que realizaba el resto del grupo familiar) y en otras familias donde sí se lleva a cabo la actividad física, los patrones de alimentación no han cambiado, hecho que sostiene sus problemas de salud e incidiendo en la economía de estas familias. Según datos de la Gerencia Médica de la CCSS, los gastos para el tratamiento de estas enfermedades indican que:

En una persona con obesidad se invierte ¢ 5 millones de colones por año (2014). En una persona con hipertensión se invierte ¢ 94.174 colones por año (2012). La CCSS invierte un aproximadamente ¢47.308.000 en atención médica de personas con hipertensión (2012). El 31% de la población costarricense padece de hipertensión (2012). 1 millón de personas están en tratamiento en la CCSS por hipertensión (2012). La CCSS invirtió 5 millones de dólares en la compra de 1,7 millones de frascos de insulina para el tratamiento de personas con diabetes” (Delgado, 2016, s.p.).

Otra de las enfermedades identificadas en las familias es el asma, la cual se encuentra relacionada desde un punto de vista médico y social como causa y a la vez como consecuencia de la obesidad. Río y Siena (2011).

Por otro lado, de acuerdo a los resultados obtenidos, la familia cuatro y trece, presentaron un miembro con autismo y otra con una persona que padece retardo mental, respectivamente. En la familia cinco y once, la madre ha enfrentado estados depresivos y, en la familia dieciocho, uno de los hijos presenta déficit atencional.

La existencia de las enfermedades de tipo mental tiene implicaciones en la salud física de quienes la padecen y esto a su vez, influyen de manera fundamental en la organización familiar. En el caso de las familias donde se presenta un miembro con una discapacidad cognitiva, como el retardo mental, o una discapacidad neurológica, como el autismo, la mayor parte del grupo familiar establece una dinámica acorde a las necesidades del paciente, siendo que la participación en otras actividades se minimizan, como lo evidencia el instrumento del IPAQ, donde se observa que algunas representantes del grupo

familiar no realizan ningún tipo de actividad física, enfocando todos sus esfuerzos al cuidado de la enfermedad.

Asimismo, en las investigaciones se ha evidenciado que las familias de personas con autismo presentan más “elevados niveles de estrés que las madres cuyos hijos tenían retraso mental y síndrome de Down, siendo el estrés familiar “un estado que surge por un desequilibrio entre la percepción de las demandas y las capacidades para hacerles frente” (Cabanillas, Sánchez y Zaballos, 2006, p. 342).

Dos de las familias (cinco y once), indicaron que las progenitoras han presentado estados depresivos en el pasado, y ellas consideran que esto ha incidido en sus hijos. En este sentido, Cuervo (2010) investigó “la influencia de la depresión materna, en algunas investigaciones sobre analizaron los efectos de la depresión materna y las conductas parentales negativas en el desarrollo socioemocional y en los patrones de regulación emocional de los hijos”; encontraron que la depresión materna constituye un factor de riesgo que afecta el ajuste socioemocional y la aceptación social de los hijos.” (Cuervo, 2010; p.112).

La segunda categoría de análisis es la estructura familiar, entre ellas se determinan algunos aspectos como la composición familiar, el manejo de roles y límites y los factores socioeconómicos determinados por los lugares de residencia, los ingresos económicos y el nivel de escolaridad.

Cuadro 6.

*Respuestas del miembro entrevistado por familia sobre la composición familiar, manejo de roles y factores socioeconómicos del grupo familiar.*

---

**Respuestas relacionadas con la composición, el manejo de roles y los factores socioeconómicos del grupo familiar**

---

<i>...Yo vivo con mi mamá, porque mientras yo trabajo, ella me ayuda a cuidar a los chicos (Familia 1).</i>	<i>...El padre de X nos dejó desde que ella era muy pequeña, ahora mi esposo asume la crianza de mi hija y tenemos otra (Familia 3).</i>
---	--

<i>...En mi casa, solo mi esposo trabaja para yo dedicarme más a las cosas de la casa y con eso nos alcanza para vivir (Familia 5).</i>	<i>...Es difícil a veces convivir con tantas personas, porque todos quieren poner sus reglas (Familia 6).</i>
---	---

---

---

*...En ocasiones yo defino las reglas del hogar, pero mi esposo es más flexible y los chicos se aprovechan (Familia 13).*      *...Solo somos mi hijo y yo, soy profesional y yo asumo todos los gastos de la casa (Familia 15).*

---

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en esta investigación, 2017

Se determinó que, de las diecinueve familias, ocho son de tipo nuclear, cuatro monoparentales, tres son extendidas con jefaturas monoparentales y cuatro son extendidas con presencia de ambos padres.

Las familias extendidas con jefatura monoparental, donde solo se cuenta con la presencia de la madre, hay procesos de agrupamiento con tíos y abuelos como una estrategia para enfrentar las necesidades de tipo económico, de cuidado, de vivienda entre otros. No obstante, se siguen acumulando desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por los ingresos económicos con respecto a la cantidad de miembros en la familia, lo cual, a su vez, genera tensiones en la definición de estilos de crianza de los niños y niñas (Arriagada, 2007), esto parte de las apreciaciones que realiza la familia con relación al rol asumido por la entrevistada en cuanto a la preparación de los alimentos, el encargo en el cuidado de los niños, y las dificultades que encuentran al momento de establecer las reglas a su grupo de procreación.

En cuanto a los ingresos de estas familias extendidas con jefatura monoparental, el promedio de ingreso per cápita 47,000.00 colones por mes, evidenciando carencias significativas. Lo anterior proviene de los resultados obtenidos en el cuadro uno de la entrevista semiestructurada.

Arriagada (2007), indica que los hogares extendidos se concentran entre los más pobres, los unipersonales, entre los más ricos y las familias con jefatura femenina, son extremadamente pobres. Valga rescatar también que, en las familias extendidas de este estudio, ninguno de los miembros tiene formación universitaria (es decir no son profesionales), hecho que limita las oportunidades laborales, así como los ingresos económicos, perpetuando las condiciones de pobreza, así como el acceso a alimentos de buena calidad.

Debido a las necesidades económicas de estos grupos familiares, las personas encargadas del cuidado de los niños y niñas deben laborar fuera del hogar, por lo que el cuidado queda bajo la responsabilidad, generalmente, de las figuras femeninas que se encuentren en la vivienda. Como parte de ese proceso de cuidado, se incorporan los hábitos de alimentación, los cuales tienden a ser menos

controlados, debido a que hay diferentes personas que se encargan de alimentar a los niños y niñas. Cuando la progenitora debe laborar fuera del hogar, las abuelas o tías son quienes brindan la comida a los niños y niñas, pero de igual forma, la madre participa enviando meriendas, brindando dinero a los niños y niñas más grandes, o proporcionando al final del día las cenas, sin que esto permita llevar un control de la cantidad de alimentos ingeridos diariamente, esta información se obtiene de las preguntas realizadas en la entrevista semiestructurada donde se evidencia en el cuadro uno la ocupación de la persona entrevistada y en las preguntas 3, 4 y 5 sobre las reglas y la dinámica de las tareas del hogar.

En el caso de las familias extendidas con ambos padres, los ingresos tienen un promedio per cápita de 145,000.00 colones, y las estrategias de cuidado se llevan a cabo entre las personas que permanecen en el domicilio generalmente abuelos.

Otra de las configuraciones familiares encontradas fueron las familias monoparentales, tres de ellas con jefatura femenina y una con jefatura masculina, el ingreso promedio per cápita es de 382,500.00 colones, es importante indicar que si bien en promedio se tienen estos resultados, dentro de este grupo familiar se encuentra a una de las familias con mayor situación de pobreza, con un salario de 160,000.00 colones y con jefatura femenina. En tres de estas familias, se han presentado situaciones de violencia que han afectado la estructura familiar, debiendo disolverse el vínculo con el padre o la madre, de manera que solo uno de ellos asume la responsabilidad de cuidado y los gastos económicos del hijo o hija.

En el caso de las familias monoparentales, el cambio de estructura familiar exige establecer nuevas formas en la dinámica que le permitan encontrar un equilibrio entre la forma como estaban acostumbrados a funcionar y la nueva organización, ante las nuevas exigencias de su contexto (Marocho y María, 2013). En las familias monoparentales, los niños y niñas son dependientes de los hábitos de una sola persona, se crean apegos en su mayoría significativos y la figura de autoridad al recaer en la progenitora o el progenitor es altamente definida, estricta, y en algunas ocasiones sin ser cuestionada.

En estas familias, los roles son consistentes durante la dinámica familiar, pues se cuenta con la persona adulta, quien provee económicamente y establece, las reglas del hogar e impone los límites y, por otro lado, los niños y niñas, quienes dependen económicamente, asumen sus responsabilidades escolares, así como las asignadas en el hogar y tienen claridad de las cosas que son permitidas o no por parte de la progenitora, hecho que puede generar estabilidad o puede implicar la concentración de un poder.

Otras de las tipologías familiares identificadas son las de tipo nuclear. En cuanto a los ingresos económicos per cápita son de 157,290.00 colones en promedio. En los grupos nucleares, como ejemplifica la familia cinco, solo el padre labora de forma remunerada. Dependiendo de las circunstancias en que se encuentre la familia, (por ejemplo, el contar con casa propia, la cantidad de hijos o personas dependientes), consideran que los ingresos son suficientes para la satisfacción de las necesidades básicas y por ello las progenitoras se ubican mayormente en el contexto doméstico.

Al ubicarse las madres dentro del ámbito familiar son quienes establecen en su mayoría los límites, así como las reglas del hogar, sin embargo, en algunos casos las madres mencionan que los padres tienden a desautorizar las reglas que ellas establecen, provocando que los niños y niñas no asuman con claridad los hábitos que se les intentan implementar.

En algunos grupos nucleares, donde la progenitora puede compartir mayor tiempo con sus hijos, y donde el padre asume la crianza de los menores como un proceso más allá de lo económico, es posible observar que se facilita la organización del grupo familiar, esto por cuanto las entrevistadas afirman tener espacios para la recreación, para la preparación de los alimentos y para acompañar a sus hijos a diversas actividades.

No obstante, cuando la figura paterna no asume un cambio en sus comportamientos de autocuidado, difícilmente el patrón a nivel familiar se modificará. En este sentido, cabe señalar las palabras de Carrillo, Torres y Jiménez (2015):

Siendo la familia el primer subsistema social y como núcleo de la sociedad, es la que debe dar inicio a cambios personales, morales y sociales por medio de un buen desempeño de la autoridad y manejo de pautas de crianza; convirtiéndose en una práctica que constata que es el ejemplo el que forma y no solo palabras, teniendo en cuenta las necesidades, intereses de los hijos, sin caer en situaciones que evidencian que los caprichos de los hijos son cumplidos a cabalidad, y además no hay ningún tipo de prohibición, sin medir consecuencias (p. 5).

En la categoría tres, se evidenció los patrones de comportamientos en la conducta alimentaria, así como en la realización de actividad física. En la conducta alimentaria, las familias, señalaron los motivos que inciden en la condición de obesidad, tal y como lo siguiente:

Cuadro 7.

*Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca de los patrones de comportamiento alimentario asumidos en el grupo familiar.*

---

**Respuestas relacionadas a los patrones de comportamiento alimentario del grupo familiar**

---

*...En mi casa, yo (la madre) casi siempre preparo la comida. Hemos tratado de comer más verduras, frutas, pero muchas veces las devuelven de la escuela (Familia 6).*

*...Tratamos de comer juntos al menos en la cena, duramos como veinte minutos sentados conversando, pero a veces tengo que luchar porque se coman todo (Familia 12).*

*Las meriendas son más difíciles de planificar, generalmente son pan o galletas (Familia 17).*

*...Yo decido que comprar en casa para la comida, aunque mi esposo es quien da el dinero, pero él me sugiere que compre algunas cosas, aunque yo hago la mayor parte de las compras, voy al Palí, la feria o la pulpería (Familia 2).*

*...Entre semana nos es difícil comer juntos o supervisar lo que comen los chicos. Los fines de semana sí estamos más pendientes, pero cuando vamos a una fiestita los dejamos comer golosinas (Familia 3).*

*...Nosotros comemos en la calle todo el tiempo, hasta ahorita estoy tratando de cocinar un poco más, pero es complicado porque llego muy cansada del trabajo (Familia 18).*

*...Casi siempre que salimos a comer escogemos pollo frito o cantones, es de lo más barato y que rinde más (Familia 6).*

*...Es para nosotros difícil hacer dietas balanceadas, porque la situación económica no nos permite, por ejemplo, a veces solo arroz, frijoles y un huevito, esto cuando se puede. Ahorita solo hacemos dos comidas al día (Familia 3).*

---

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en esta investigación, 2017

De las familias estudiadas, solo seis de ellas realizan los cinco tiempos de alimentación, cinco familias hacen los cuatro tiempos, seis familias comen en tres ocasiones durante el día y dos logran apenas dos tiempos de comida, tal y como la familia tres, quienes refieren su situación económica.

Las personas entrevistadas refieren que debido a la situación económica deben limitar el tiempo de comidas, generalmente sacrifican las meriendas y las comidas principales suelen estar cargadas de carbohidratos con pequeñas cantidades de proteínas (pollo, pescado, carne, huevo) y escasos vegetales, esto por cuanto la compra de carnes implica un mayor gasto de dinero. Lo anterior es indicado en la pregunta 17 sobre las estrategias de cambio para enfrentar la obesidad, señalando que parte de sus principales dificultades para tratar la obesidad, es la parte económica de acceder a proteínas, frutas y deben comer mayores cantidades de carbohidratos (arroz, frijoles), para sentir saciedad.

Asimismo, en el caso de las meriendas no tienden a ser saludables, son en su mayoría cargadas de carbohidratos y grasas como pan, galletas, natilla, mantequilla, como lo indicó la familia diecisiete, señalada en el cuadro cuatro, “Los pobres seleccionan alimentos pobres en fibras y ricos en carbohidratos complejos, azúcares y grasas (especialmente ácidos grasos trans, ácidos grasos saturados y colesterol) que, aunque les impiden gozar de una nutrición adecuada, satisfacen su apetito” (Pedraza, 2009, p. 108).

En este sentido, la situación económica sí afecta la capacidad de las familias de obtener los alimentos y de realizar dietas más balanceadas. Las familias que se encuentran en condiciones de pobreza:

Presentan escasez de recursos y un acceso limitado y dependiente a los mismos, estos grupos no están en condiciones de satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas: alimentos, vida social y cultural, educación primaria, salud, condiciones y ambiente favorable para la vida (vestimenta, habitación, agua, aire, etc.). Así, la pobreza normalmente se acompaña de hambre, malnutrición, desigualdad y injusticia social (Pedraza, 2009, p. 107).

En los grupos familiares que se han intentado crear cambios, incluyendo una variedad de frutas y vegetales en la dieta, se ha encontrado una resistencia por parte de los niños y niñas de consumir estos tipos de alimentos, por lo que se terminan desechando y recurriendo nuevamente a los alimentos procesados, lo cual es de fácil acceso y más económico, tal y como en la familia seis. Por ejemplo, muchos describen que es más caro comprar una manzana que un paquete de galletas o una bolsita de nachitos, y estos últimos sacian más la sensación de hambre. Se ha identificado que:

El precio de los alimentos es uno de los factores que más influyen en consumo de las familias. Por ello, las políticas para fomentar hábitos saludables deben contemplar estrategias

para promover el acceso a las personas a alimentos de alta densidad nutrimental y baja densidad energética; al tiempo que se debe restringir el acceso a alimentos de alta densidad energética (Ortiz, 2006, p. 214).

Sin embargo, es importante indicar que dichos hábitos de alimentación, la forma en que se preparan, el rechazo o la preferencia por algunos alimentos por parte de los y las cuidadoras, inciden directamente en el patrón de comportamiento alimentario que adoptan los niños y niñas, principalmente durante los primeros cinco años de vida.

Cada una de las personas que participan en dicha alimentación, escogen los hábitos alimenticios que desde su sistema de enseñanza consideran correctos, es decir, desde:

Sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo, las representaciones que tiene cada persona sobre el cuerpo ideal del niño pueden corresponder a la de un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá que deje el plato vacío (Osorio, et al., 2002, p.283).

Con respecto al acceso a las comidas rápidas, en la mayor parte de las familias se encontró que el consumo es cuatro veces al mes y principalmente son pollo frito y arroz cantones, considerando que es económico, logra saciar y lo venden en mayor cantidad. Una de las familias de tipo monoparental manifestó que el tiempo de trabajo y el cansancio hace que los alimentos que consumen sean preparados fuera del hogar, afectando la posibilidad de cambios en la conducta alimentaria.

En los grupos estudiados, la responsabilidad en la preparación de los alimentos recae en las figuras femeninas, principalmente las madres y abuelas, transversalizando el tema de género, en el que lo doméstico es asumido por el género femenino y gran parte de la capacitación para los cambios en la alimentación y en la compra de los alimentos requiere la participación de las mismas.

Entre las posibles soluciones en los patrones de alimentación está tener acceso a mayor información para establecer una alimentación más balanceada, de acuerdo a las posibilidades económicas que presentan las familias. Esto con respecto a los tipos de alimentos que deben incluirse en cada comida,

así como a las porciones que deben servirse. Asimismo, intentar distribuir de acuerdo con los alimentos disponibles, los cinco tiempos de alimentación, combinando proteína, vegetales y carbohidratos.

Otro de los aspectos fundamentales a trabajar con los niños y niñas es eliminar los dulces, comidas azucaradas y frituras de las dietas, por comidas más saludables como las frutas, haciéndolas más atractivas para los menores, cortándolas de forma creativa, incluyéndolas en las meriendas con otros alimentos, entre otros. Es importante enfatizar en la preparación de los alimentos sin aceite, ni manteca o mantequilla, sustituyendo por guisados, carnes a la plancha, arroz preparado con agua.

Es necesario que los padres, así como los adultos que habitan con el niño o niña puedan cambiar sus hábitos de alimentación, porque tal y como lo agrega Saavedra (2012):

Los padres son parte integral del proceso que ayuda a los niños a aceptar sabores y alimentos. Este proceso influencia significativamente qué, cuánto, y cómo los niños aprenden a comer. Por lo tanto, los padres durante la primera infancia tienen el potencial de facilitar o dificultar el desarrollo de patrones apropiados de autorregulación de ingesta energética, de preferencias alimentarias y, eventualmente, de influir la elección independiente de los alimentos y la dieta del niño mayor, hasta la adultez (p.380).

Así como los patrones alimentarios de los niños y niñas están vinculados a los aprendizajes adquiridos en su grupo familiar, de igual forma las actividades físicas o el acercamiento al ejercicio es un comportamiento aprendido de los padres, o del grupo primario de referencia.

Al existir una cultura de autocuidado en la alimentación, esta generalmente se acompaña de la actividad física y de la importancia de realizarla, y evidentemente esto incide en el gasto calórico que se lleva a cabo. A continuación, se presentan las expresiones que realizan las personas entrevistadas con relación a la actividad física que realizan o las limitaciones que encuentran frente a la misma.

Cuadro 8.

*Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca de los patrones de actividad física realizada semanalmente.*

---

<b>Respuestas relacionadas con los patrones de actividad física en las familias</b>	
<i>...He intentado que haga ejercicio, yo salgo a caminar, pero no le gusta hacer nada (Familia 8).</i>	<i>...Estaba en ballet, aquí en el salón comunal, pero tuve que sacarla porque no nos alcanzaba pagar (Familia 4).</i>
<i>...En la casa hemos tratado de hacer ejercicios juntos, mi esposo y yo vamos al gimnasio y ellos van a fútbol. Es cansado porque tres veces por semana los acompañamos en el fut y salimos casi a las nueve de la noche (Familia 15).</i>	<i>...Casi siempre hacen ejercicio en la escuela, en los recreos corren bastante y a veces salen en bicicleta un ratito, sino dan vueltas en bici pero en la cochera (Familia 12).</i>

---

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en esta investigación, 2017

De los pacientes, seis de ellos no realizaban ningún tipo de actividad física, considerando que no es atractivo para ellos, que prefieren ver televisión o jugar *play*. Rodríguez, Cruz y Martínez, (2011) hacen referencia a que desde hace algunos años (1985 – 1999) se ha venido asociando el sedentarismo de los niños y niñas, las horas frente al televisor y otras formas de videojuegos con el incremento en la obesidad y de factores de riesgo asociados a enfermedades crónico-metabólicas en varios países en la población infantil. Lo anterior se evidencia en la familia ocho, dado que la madre (quien según el IPAQ muestra un comportamiento activo físicamente), busca estrategias para que la menor se incorpore en actividades físicas; sin embargo, la actitud hacia el ejercicio por parte de la niña no es positiva.

De igual forma, hay niños que prefieren actividades que no involucren el movimiento corporal. Algunas de las personas entrevistadas prefieren que sus hijos jueguen dentro de la vivienda, debido a la peligrosidad que se vive en las comunidades, reconociendo que los espacios recreativos están afectados por el vandalismo, el consumo de drogas o la presencia de grupos inadecuados. Tal y como lo rescata Pedraza, (2009, p. 109) “el ambiente violento, agresivo e inseguro que se vive principalmente en las zonas periféricas urbanas, impide que la población pobre tenga estilos de vida saludables. Esto dificulta

la práctica de ejercicios físicos en forma sistemática”. Lo anterior refuerza el hecho limitante que presentan muchos niños y niñas para llevar a cabo actividades físicas al aire libre, como con la familia once y doce; sin embargo, sí se evidenció que las personas a cargo tienen prácticas de actividad física, debido a que asisten al gimnasio y tratan de que, aún en espacios cerrados, sus hijos sean activos.

Los otros trece pacientes aseguraron que es durante los recreos que corren, juegan fútbol, suiza u otras dinámicas activas; no obstante, los tiempos de actividad son muy cortos para lograr cambios o adaptaciones en su composición corporal o mejorías en su condición física. Hernández, Ferrando, Quílez, Aragonés y Terreros, (2010) refieren que los estudios reflejan que la actividad física en los recreos es baja, por lo que se ve la necesidad de aumentar las lecciones de Educación Física, donde se da una mayor práctica del deporte de forma más estructurada y con mejores beneficios para la salud.

La situación económica como la vivenciada por la familia cuatro, también afecta la posibilidad de incorporarse en diferentes disciplinas deportivas o en centros deportivos, como gimnasios o lugares de recreación, donde se requiere pagar un monto económico.

De las familias estudiadas, ocho de ellas presentan algún miembro de la familia adulto que desarrolla actividad física. Con excepción de dos familias, se encuentra una relación directa en que cuando el adulto realiza ejercicio, el niño (a) también lo hace, pues hay un mayor ejemplo de estos hábitos. Refiere Olivares, Bustos, Moreno, Lera, y Cortez (2006) que la motivación familiar es fundamental para que los niños y niñas hagan ejercicio. No se trata de que todos en conjunto desarrollen la práctica, pero sí que los padres se interesen en la planificación, en la orientación y el seguimiento, de tal manera que los niños y niñas comprendan que el hábito del deporte es parte de la vida, esto desde los primeros años de edad. Lo anterior se mostró en la familia doce y quince, cuyos padres mantienen una actividad física de tipo vigorosa, logrando realizar un gasto calórico de más de 3000 mil calorías por semana, lo cual incide en el estilo de vida de sus hijos.

De ser posible que los miembros de las familias realicen actividad física, se ven beneficios importantes como mejorar la fuerza, la resistencia y la flexibilidad, dependiendo de tipo de actividad que se desarrolle. Además, ayuda a la prevención de enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la hipertensión, entre otras; enfermedades crónicas asociadas al sedentarismo, tal es el caso de la familia quince en la que ninguno de sus miembros presentó enfermedades crónicas y sus hábitos de vida están ligados a una vida activa. Aparicio, Carbonell, y Delgado (2010) rescatan que:

El ejercicio físico regular y adaptado para mayores está asociado con un menor riesgo de mortalidad. Principalmente como consecuencia de un efecto protector cardiovascular y de síndrome metabólico, disminuye el riesgo de sufrir un infarto de miocardio y de desarrollar diabetes tipo II. Sumado a esto, el ejercicio regular se ha mostrado eficaz en la prevención de ciertos tipos de cáncer (p. 567).

A nivel psicológico, las personas empiezan a experimentar sensaciones de mayor bienestar al ejercitarse, los ayuda a relacionarse con otras personas, a liberar tensiones, a desarrollarse en otros espacios y a mantenerse en forma (Olivares y Bustos, 2008).

En la cuarta categoría, se investigó los patrones de pensamiento que predominan en los miembros del grupo familiar sobre el tema de la obesidad. Entre ellos, se identificaron aspectos como el significado, consecuencias y causas de la obesidad de la persona menor de edad, esto desde la percepción de los padres o de quienes asuman el cuidado de los niños y niñas.

Cuadro 9.

*Respuestas del miembro entrevistado por familia acerca del significado, consecuencias y causas de la obesidad de la persona menor de edad.*

<b>Respuestas sobre el significado, consecuencias y causas de la obesidad de la persona menor de edad.</b>	
<i>...Mi hijo desde bebe ha estado gordito, los médicos me dicen que es mejor trabajar desde ya porque puede afectar la salud (Familia 4).</i>	<i>...No sé si esta con obesidad o si es sobrepeso no se mucho la diferencia, pero más que todo es para que aprenda a comer mejor (Familia 3).</i>
<i>...A mi hija no le importa verse gordita, yo a veces le digo que no vamos a comprar tallas más grandes, pero todavía no le ha entrado la vanidad (Familia 9).</i>	<i>...En la escuela al principio lo molestaban, pero ya luego no, al menos no lo he visto triste por eso y yo tengo que recordarle que se cuide porque solo quiere comer chucherías (Familia 8).</i>

<i>...Yo pienso que seguro tomo mucha leche materna y luego mucha formula (Familia 19.)</i>	<i>... las comidas chatarras, que no quieren comer frutas, pero como cuesta (Familia 18).</i>
<i>...En mi casa todos estamos rellenitos por eso no lo vemos como algo extraño (Familia 2).</i>	<i>...Algunos de la casa tienen diabetes o hipertensión, pero eso lo controlamos por otro lado (Familia 6).</i>
<i>...En nuestro hogar la obesidad es muy importante, todos estamos enfocados en cuidarnos y así ayudar a mi hijo menor es como un hábito (Familia 15).</i>	<i>...Es difícil seguir dietas balanceadas, casi que siempre comemos mucho arroz y frijoles para llenarnos (Familia 4.)</i>

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas en esta investigación, 2017

En las familias, se ha reconocido por medio de la orientación de los profesionales en salud, que la obesidad es “algo que no está bien, que no es saludable”; sin embargo, la mayor parte de las personas no definen el concepto de forma clara y no identifican si su condición es de sobrepeso u obesidad, ni las implicaciones psicosociales de la misma, así lo explica la familia tres.

El analizar la obesidad desde sus aspectos psicológicos puede generar mucha ansiedad “afectando de manera negativa la calidad de vida de las personas y conllevando a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima” (Encinas y Sandoval, 2007, p. 24). Por ello, en muchas familias se aprende a vivir con esta condición, desestimando los efectos que puede provocar en la salud física y resistiéndose al cambio, a pesar de que este problema les implica un caos en su dinámica actual. Por ejemplo, en la familia dos, la persona entrevistada ha naturalizado la condición de obesidad y se ve reforzado con el hecho de que el gasto calórico por semana, como resultado de la actividad física es de solo 42mets por parte de la progenitora, no mostrando esfuerzos por cambiar su situación y afectando a su grupo familiar.

En cuanto al tema de la discriminación o acoso escolar, a partir de la obesidad, las entrevistadas refirieron que al iniciar en el sistema educativo sí se identificaron algunos comportamientos hostiles, pero luego fueron mermando, por lo que los menores mantienen relaciones afectivas satisfactorias con sus grupos de pares, como lo manifiesta la familia ocho.

No obstante, en los casos donde los niños y niñas se acercan mayormente a la adolescencia, sí se perciben mayores esfuerzos por mejorar su autoimagen, pues tal y como lo refiere Bermúdez y Hernández (2012):

En esta etapa es donde la obesidad es presentada como un estigma social, ante lo cual las personas intentan justificar su prejuicio contra la obesidad afirmando que las personas obesas son totalmente responsables de su sobrepeso y quizá los adolescentes sean quienes más se enfrentan a esta estigmatización dentro de una institución social como la escuela (p.36).

Las familias con el objetivo de que la obesidad no les afecte de forma psicológica a los niños y niñas, emplean como estrategia evitar que este sea un tema constante en el hogar, tratar de regular las comidas, pero no brindarle un espacio significativo a la imagen corporal de sus hijos. Solamente en una de las familias estudiadas consideran que la obesidad es muy importante, estableciendo cambios en el hogar de forma radical, de tal forma que los niños y niñas han pasado de comer mucho a no querer comer, por lo que las reglas en el hogar han debido fortalecerse para impulsar que coman lo que se les sirve; por su parte, en la familia quince, aseguran que el tema de la obesidad es necesario de trabajar y tenerlo presente, teniendo coherencia con los datos encontrados en el nivel de actividad física llevada a cabo por los responsables del cuidado.

Como parte de lo que consideran los informantes claves sobre las causas de la obesidad, es el exceso de leche materna, las comidas chatarras, el sedentarismo, factores hormonales, la ansiedad y factores emocionales a partir de la separación de los padres o de dificultades en la parte escolar. Reconocieron en las familias, los desórdenes en la alimentación, así como la carga de carbohidratos que se brindan en cada una de las comidas, sea porque no hay acceso económico a otros alimentos o porque los menores no desean consumir otros productos, como frutas y vegetales.

En este sentido, Encinas y Sandoval (2007) indicaron que el niño obeso:

Funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; el sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta (p. 26).

Si bien las familias no relacionaron sus factores psicosociales con la obesidad, si se analizó que en gran parte de estos grupos, se denotan separaciones, ausencia de los padres en la crianza, falta de apoyo en los menores, limitados recursos económicos, riesgos de peligrosidad en las comunidades, entre otros aspectos, que colocan al tema de la imagen corporal en un segundo o tercer plano.

En cuanto a las consecuencias de la condición de obesidad en la salud, las entrevistadas (las cuales en su mayoría son las madres o cuidadoras) no perciben graves consecuencias, pues no existe una consciencia de la relación de otras enfermedades con la obesidad. Esto tiene serias consecuencias, ya que ellas:

Proporcionan a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se planteó además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos (Encinas, y Sandoval, 2007, p. 28).

Como parte de la cuarta categoría, se incluyó la percepción de los entrevistados sobre el tratamiento recibido en la Clínica de Obesidad Infantil. Las familias reconocieron el esfuerzo de la Clínica por atender la condición de obesidad; sin embargo, 17 de las valoradas afirman que es necesario ampliar las temáticas, debido a que la charla recibida siempre contiene la misma información, por lo que los pacientes no consideran atractivo asistir a las sesiones.

Consideraron que es importante tener mayor claridad sobre la forma de alimentación con un nivel menos técnico y dando mayores opciones para que las familias puedan adaptarse a los planes de alimentación. Analizar la necesidad de contar con mayores consejos para el desarrollo de actividades físicas, donde los padres puedan compartir con sus hijos, de tal forma que mejore la condición de vida.

Finalmente, argumentaron que el tiempo de las citas es muy distante y en ocasiones las personas se desmotivan por lo que sugieren que el seguimiento se brinde de forma constate.

## Capítulo VI CONCLUSIONES

La investigación permitió identificar factores sobre la actividad física realizada, encontrando que dos de las personas entrevistadas (cada una representa una familia) llevan a cabo actividad física vigorosa, seis realizan actividad moderada y el resto, que corresponde a que once de sus informantes claves, llevan a cabo bajo o nula actividad física. Lo anterior refleja discrepancia con los resultados obtenidos sobre la cantidad de actividad física realizada por el resto del grupo familiar, en el cual se denota que 13 familias si realizan ejercicio y seis no lo hacen, sin embargo cabe rescatar que dicha actividad puede ser insuficiente para generar cambios en la estructura corporal o tal y tal como lo indicaron varias personas entrevistadas son en los espacios de los recreos mediante el juego, que se llevan a cabo ciertas actividades físicas, asociadas a su condición de niñez.

En cuanto a los factores físicos se tiene que dentro de las familias se encontró que un 76% presentan enfermedades asociadas a la obesidad. La aparición de enfermedades no transmisibles, se constituyen en uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y de incapacidad, afectando el bienestar de la población y la economía mundial, según la OMS, en el 2018, las personas que no hacen suficiente ejercicio físico presentan un riesgo de mortalidad entre un 20% y un 30% en relación con las que si son activas físicamente. Asimismo, la falta de actividad física implica limitaciones en la condición física de la persona, la fuerza muscular se va reduciendo, hay disminución de la movilidad, pérdida de la flexibilidad, lo que incide en una mayor propensión en caídas y aumento en la dependencia a otras personas para la realización de tareas cotidianas.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos, la familia cuatro y trece, presentaron un miembro con autismo y otra con una persona que padece retardo mental, respectivamente. En la familia cinco y once, la madre ha enfrentado estados depresivos y, en la familia dieciocho, uno de los hijos presenta déficit atencional, dificultando enfocarse en el desarrollo de actividades para el trabajo en el sobrepeso u obesidad.

En cuanto a los factores sociofamiliares se identificaron diferentes componentes del grupo familiar que definen la dinámica familiar, por ejemplo se cuenta con una estructura familiar sumamente diversa, encontrando que en diecinueve familias, ocho son de tipo nuclear, cuatro monoparentales, tres son extendidas con jefaturas monoparentales y cuatro son extendidas con presencia de ambos padres. Se observa que según el ingreso per cápita las familias que se ubican en el tercil más bajo (con ingresos

menores a 80,000.00 colones), son mayormente las familias extendidas. En el tercil del medio (ingreso per cápita que alcanza hasta los 166,000.00 colones) se ubican principalmente las nucleares. En el tercil más alto alcanzando ingresos de hasta 600,000.00 colones por persona, predominan las nucleares y las monoparentales.

La persona entrevistada reafirma el papel predominante en la cultura de la alimentación, donde se visualizan comidas con una complejidad de carbohidratos, alimentos procesados y grasos, vinculados a un tema de acceso económico, de costumbre, de falta de tiempo y de desconocimiento alimentario por parte de quienes preparan los alimentos. Esto incide en que la alimentación no cuente con nutrientes necesarios para desempeñar un estilo de vida activo y saludable.

El realizar este proceso de investigación y entrevistar a las personas cuidadoras de los niños, permite conocer aspectos de la dinámica familiar, de sus historias de vida y de las limitaciones o fortalezas que como familia han tenido frente al tema de la obesidad, de tal manera que las intervenciones que se realicen puedan acercarse mayormente a su realidad, a sus condiciones de vida.

Para efectos de analizar el por qué suceden determinados fenómenos sobre la percepción, sobre las creencias o situaciones que se viven en dichas familias, se requiere de una mayor descripción a profundidad que brinde la posibilidad de investigar más familias e introducirse de forma más amplia en sus dinámicas familiares.

## **Capítulo VII**

### **RECOMENDACIONES**

La sociedad civil, el estado y la empresa privada ha venido desarrollando estrategias para atender la obesidad así como los problemas de salud, sin embargo se requiere una mayor articulación, más recursos económicos y humanos y estabilidad en el financiamiento que permitan llevar a cabo prácticas sostenibles; por tanto si bien hay esfuerzos, las presentes recomendaciones se sostienen en función de seguir atendiendo las problemáticas existentes.

1. Aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, siendo comercializados de forma creativa, económicamente accesible y en la suficiente cantidad para saciar las necesidades alimentarias de los niños y niñas así como de sus familias. Por ejemplo, es necesario seguir apoyando iniciativas en las sodas y comedores escolares, para que los niños y niñas tengan un mayor contacto con alimentos variados y saludables. También que los supermercados promocionen mayores ofertas en la venta de verduras y frutas, así como de proteínas. De igual forma, impulsar pequeñas empresas de restaurantes de comida saludable, que sean económicos y accesibles geográficamente. Es importante que desde el Estado se fomente en los restaurantes de comida rápida la información nutricional de sus alimentos y que ingresen en sus menús alimentos con buenos valores nutricionales.
2. Fomentar la creación de espacios recreativos, seguros y con implementos adecuados en las comunidades, de tal forma que el acceso no implique gastos económicos para las familias. Tal y como parques comunitarios con implementos deportivos, con personal de seguridad que permita a las personas sentirse en un espacio seguro, que sean iluminados para ser utilizados en diferentes horas del día. Promover proyectos con universidades públicas y privadas, con empresas y gimnasios para el desarrollo de actividades semanales que involucren la actividad física, como programas de responsabilidad social.
3. Crear campañas motivacionales, informativas sobre el estado de la salud, las implicaciones de la obesidad y mecanismos para enfrentarla, esto en espacios cercanos a los barrios, comunidades. Establecer como parte de las políticas de los comités cantonales, el seguimiento sistemático en los avances obtenidos, así como alianzas con los centros médicos para la aplicación de pruebas médicas que permitan conocer el estado de salud de los participantes. Asimismo, se brinde seguimiento en la medición de las cualidades físicas en coordinación con centros de acondicionamiento físico como aspecto motivador.

4. Fortalecer en los lugares de trabajo políticas basadas en la salud integral para que los padres hagan reproducción de esos aprendizajes en la familia. Ejemplo de ello, espacios para el deporte donde se premie la participación, se impulse la programación de actividades recreativas basadas en el ejercicio, que se dispongan de duchas para que los empleados tengan la posibilidad de trasladarse al trabajo en bicicleta, corriendo o caminando, dependiendo de las distancias, así como charlas nutricionales y planes de alimentación, acordes a las necesidades de cada persona, invirtiendo en nutricionistas y médicos de empresa que puedan vigilar el estado de salud.
5. Mejorar la infraestructura vial, así como la seguridad nacional para que las personas puedan movilizarse con diferentes medios de transporte como caminando, bicicleta, patines, patineta, entre otros. Esto incluye la seguridad que debe ser proporcionada a los habitantes para que puedan transitar de forma tranquila.

*Desde la familia, las recomendaciones serían:*

1. Fortalecer los espacios de comunicación, acuerdos, reglas que permitan apoyar al paciente con obesidad, de tal forma que sienta que el grupo familiar es un espacio seguro, consistente y enfocado en mejorar sus condiciones de vida.
2. Favorecer los espacios para compartir con los hijos en actividades que incluyan el movimiento humano, permitiendo a los niños observar el interés de los padres en participar en actividades recreativas, orientadas a la vida activa.
3. Insistir en los nuevos modos de alimentación, de tal forma que los niños y niñas puedan asumir un patrón de comidas acorde con sus necesidades físicas.

*Desde la institución, las recomendaciones son:*

1. La programación de citas más constantes de forma que las personas, mantengan un seguimiento más efectivo y que brinde una respuesta oportuna a las necesidades que se presenten. Si no fuera posible la asistencia a la consulta médica, se podrían ir variando los servicios, ejemplo de ello, incluir nutricionistas que atiendan las necesidades más específicas, abrir espacios para charlas motivacionales coordinando con organizaciones o universidades, fortaleciendo espacios comunitarios mediante la creación de agentes multiplicadores de hábitos de vida saludables promovidos desde el programa de la Clínica, entre otros.

2. Analizar las características de las familias, de tal forma que la atención médica y la asesoría brindada pueda estar acorde con las capacidades económicas, sociales físicas de los pacientes. El seguimiento que pueda desarrollarse desde Trabajo Social y Psicología, esto mediante charlas grupales que aborden temas como la crianza de los hijos, los roles de cada miembro, el manejo de las emociones, entre otros aspectos que contribuyen al desarrollo del grupo familiar y que a su vez permite un acercamiento y conocimiento de las familias.
3. Promover espacios para la actividad física desde la atención brindada en la Clínica, de manera que la atención médica sea acompañada por este tipo de acciones y responda a estrategias integrales, esto en alianzas con trabajos comunales universitarios, prácticas universitarias, reconocimiento de tiempo de experiencia para profesionales en el área de movimiento humano.
4. Crear una variedad de temáticas distintas, para mantener el interés de los participantes y abordar la complejidad que implica el tema de la obesidad infantil dentro del contexto familiar, inclusive puede acompañarse de videos, tareas o acciones que no requieran la asistencia física al Hospital, siendo desarrollados desde sus espacios comunitarios o desde el hogar.
5. Incluir profesionales del área de educación física, promoción de la salud, psicología que participen activamente en las estrategias de atención, en las charlas brindadas, así como en la atención individual a cada paciente. Esto en acuerdo con todo lo establecido anteriormente.

*Desde la universidad, las recomendaciones serían:*

1. Involucrarse en proyectos de asistencia social promotores de la actividad física, en espacios comunitarios, en hospitales, en escuelas o en diferentes espacios, de forma continua y sistemática. Es importante que desde la formación universitaria se eduque a los estudiantes en el trabajo con poblaciones de riesgo social, de tal forma que los jóvenes sientan interés en proyectarse en las diferentes comunidades y comprender las dinámicas de trabajo que se pueden emprender, teniendo sensibilidad para acceder a dichos espacios.
2. Fortalecer investigaciones de carácter social dirigidas a la motivación de estilos de vida saludables, desde las posibilidades de las poblaciones de escasos recursos. Asimismo, contribuir con la ejecución de proyectos ya existentes, participando en procesos de evaluación que permiten implementar cambios en las acciones realizadas, así como contribuir con los procesos académicos.

## REFERENCIAS

- Andrawus, N. (2014). *Intervención educativa en temas de nutrición, promoción de la salud y prevención del sedentarismo y sobrepeso y obesidad en niños y niñas y sus familiares en la escuela Fidel Chávez en Belén durante el Periodo de julio a noviembre del 2014*. (Tesis de maestría) Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Aparicio García-Molina, V. A., Carbonell-Baeza, A., y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 10(40), 556-576. Recuperado de: [Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm).
- Arriagada, I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de Población*, 13(53), 9-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205302>
- Ariza, C., Ortega-Rodríguez, E., Sánchez-Martínez, F., Valmayor, S., Juárez, O., & Pasarín, M. I. (2015). La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. *Atención Primaria*, 47(4), 246-255. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.11.006
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Colombia: Editorial el Manual Moderno, S.A.
- Bermúdez Borja, B., y Hernández Rodríguez, F. S. (2012). Estigmatización por la obesidad en la adolescencia. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 35-36. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=50730963001>
- Cabanillas, P. P., Sánchez, E. S., y Zaballos, L. M. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347. Recuperado a partir de <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>
- Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2009, diciembre). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *Anales de pediatría*, 71(6),489-494). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.030>
- Campos, T. (2006). Características psicosociales que presentan las personas que sufren de obesidad y particularidades del programa de ejercicios que siguen, en relación con su concepción de

ejercicio, su motivación y grado de adherencia al programa. Propuesta de un modelo de intervención. (Tesis de maestría). Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Carrillo Daza, O., Torres Nieto, A. D. C., y Jiménez Lemus, N. (2015). Desarrollo pautas de crianza, manejo de autoridad familiar y acuerdos de normas con cincuenta padres de familia de los grados jardín y transición. Universidad de La Sabana. Recuperado a partir de <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/19874>

Castillo, M., Rojas, R., Coto, M. (2016). Intensidad de la Actividad Física en Costa Rica. En Encuesta actualidades 2016. Curso de diseño y ejecución de encuestas. Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica. Recuperado de <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/estadistica-encuesta-actualidades-2016-1-1.pdf>

Chalco Arias, I. E. (2012). La estructura familiar y su incidencia en el desarrollo socio-afectivo de los niños y niñas del primer año de educación básica de Las Escuelas “Dr. Máximo A Rodríguez” y “Santa Catalina” de la Parroquia San Lucas, Cantón y Provincia de Loja periodo lectivo 2011-2012 (Tesis doctoral) Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/3581>

Cordero, A., Masiá, M. D., y Galve, E. (2014). Ejercicio físico y salud. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 748-753. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.007>

Cornejo-Barrera, J., Llanas-Rodríguez, J. D., y Alcázar-Castañeda, C. (2008). Acciones, programas, proyectos y políticas para disminuir el sedentarismo y promover el ejercicio en los niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 616-625. Recuperado a partir de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600017)

Cortes, M., Cruz P., Miranda, W. y López, F. (2010). Diagnóstico de obesidad: métodos limitaciones y implicaciones. *Revista Av. Cardiol*, 30(3), 248-255. Recuperado de [http://avancescardiologicos.org/site/images/documents/Revista\\_Avances\\_Cardiologicos/Vol30\\_2010/Vol30\\_3\\_2010/08\\_CortesM\(248-255\).pdf](http://avancescardiologicos.org/site/images/documents/Revista_Avances_Cardiologicos/Vol30_2010/Vol30_3_2010/08_CortesM(248-255).pdf).

Cruz-Castellanos, M., Sánchez-Mendoza, N. A., Dávila-Ortiz, G., & Jiménez-Martínez, C. (2017). Aspectos evolutivos de la alimentación básica de la población mexicana y su efecto en la obesidad. *OmniaScience Monographs*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300010&script=sci_arttext).

- Cuervo, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982010000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982010000100009)
- Delgado, K. (2016). Reto País. Sobrepeso y Obesidad en Costa Rica. En. <http://www.retopaiscr.com/blog/problem%C3%A1ticas/sobrepeso-y-obesidad-situaci%C3%B3n-actual-en-costa-rica>
- Delgado, M., y Soto, V. (2005). Traducción de las Guías para el Procesamiento de Datos y Análisis del Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ) Versiones Corta y Larga. Universidad de Granada. Junta de Andalucía. España. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_2\\_promocion\\_de\\_la\\_salud/actividad\\_fisica\\_alimentacion\\_equilibrada/IPAQ\\_Guia\\_Traducida.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/actividad_fisica_alimentacion_equilibrada/IPAQ_Guia_Traducida.pdf)
- Domínguez, P., Olivares, S., y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Revista investigación*, 36(2), 130-145. Recuperado a partir de <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>
- Encinas, D. D. R. D., y Sandoval, D. R. E. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 24(1), 22-26. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2007/bis071e.pdf>
- Esandi Larramendi, N., & Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000200002&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000200002&script=sci_abstract)
- Estrada, P. R., Vázquez, E. I. A., Gáelas, Á. M. V., Ortega, I. M. J., Serrano, M. D. L. P., & Acosta, J. J. M. (2016). Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (30), 203-206. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5529626>
- Fernández, A. y Monestel, P. (2014). Informe de Gestión: Análisis de mediciones del Plan Movete, Disfruta la Vida 2013-2014. Ministerio de Salud- Ministerio de Educación. San José, Costa Rica. Recuperado a partir de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/informes-de-gestion/informes-de-gestion-ministros-as/2360-informe-final-de-gestion-ministra-daisy-maria-corrales-diaz-2012-2014/file>
- Flick, U. (2015). *Diseño de Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Ediciones MORATA, S.L.

Foz, M. (2004). Historia de la obesidad. Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías Humanitas, 6, 3-19.

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/2990/299022819009/>

Gallego Henao, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35). Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364>

Gómez Cabrera, N. (2017). La importancia del juego como función social a través del desarrollo del ser humano. *Ciencia y Actividad Física*, 3(2), 30-40.

Consultado de <http://revistaciaf.uclv.edu.cu/index.php/CIAF/article/view/18>.

González Cabriles, W. J. (2009). Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antimano-Caracas. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(2), 235-244. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28011675004>

Guerra, F., López, R., Rodríguez, M., y Zermeño, L. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Revista Investigación en Salud*, 8(2), 91-94. Recuperado a partir de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-95182009000200004](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182009000200004)

Hernández, L. A., Ferrando, J. A., Quílez, J., Aragonés, M., y Terreros, J. L. (2010). Análisis de la actividad física en escolares de medio urbano. Consejo Superior de Deportes, Servicio de Documentación y Publicacions. [http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/documentos/ICD55\\_WEB.pdf](http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/documentos/ICD55_WEB.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. (4ª Ed.). McGraw Hill.

Jaramillo, M. M. C., Márquez, C. G., Jaime, M. D. L. M., Solís, L. O., Gómez, R. N. R., & Hernández, L. V. (2017). Factores que determinan la práctica de actividad física en alumnos de secundaria. *Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte*, 5(7), 111-128

Lara-García, B., Flores-Peña, Y., Alatorre-Esquivel, M. A., Sosa-Briones, R., & Cerda-Flores, R. M. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *salud pública de méxico*, 53(3), 258-263. Recuperado de: Lara-García, B.,

- Flores-Peña, Y., Alatorre-Esquivel, M. A., Sosa-Briones, R., & Cerda-Flores, R. M. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *salud pública de méxico*, 53(3), 258-263.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 357-360. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2012.v29n3/357-360/>
- Lera-López, F., Irisarri, G., Ollo-López, A., Sánchez Iriso, E., Cabasés Hita, J. M., & Sánchez Santos, J. M. (2017). Actividad física y salud autopercebida en personas mayores de 50 años. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 17(67). Recuperado de: <https://revistas.uam.es/rimcafd/article/view/8564>
- López, M. Á., Llanos, I. D. P., y Díaz, J. M. (2012). La televisión y su relación con el estado nutricional y frecuencia de consumo en niños de un conjunto habitacional de Talca, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 39(4), 129-134. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062008000700012>
- Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007)
- Ludizaca, P., y Emperatriz, B. (2013). Tipos de familia estructural y la relación con sus límites. (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., Wiella, G. R., Millán, J. P. P., y Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147. Recuperado de [http://www.envirsa.org/documentos/pb\\_Blanca\\_Rios.pdf](http://www.envirsa.org/documentos/pb_Blanca_Rios.pdf)
- Medina, C., Jáuregui, A., Campos-Nonato, I., & Barquera, S. (2018). Prevalencia y tendencias de actividad física en niños y adolescentes: resultados de Ensanut 2012 y Ensanut MC 2016. *Salud pública de méxico*, 60, 263-271. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80360>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2014). Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”. San José, Costa Rica.

- Ministerio de Salud de Costa Rica (2011a). Política Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1106-politica-nacional-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-2011-2021/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011b). Memoria institucional 2011. San José, Costa Rica. Recuperado de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria2012/UMI\\_logros\\_2011.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_logros_2011.pdf)
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2013). Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Recuperado de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-informacion/material-publicado/descargas/investigaciones/encuestas-de-salud/encuestas-de-nutricion/2731-encuesta-nacional-de-nutricion-2008-2009-fasciculo-1-antropometria/file>
- Morocho, R. M. (2013). Familias monoparentales y su repercusión en el bajo rendimiento académico de los niños y niñas del segundo año de educación básica de la escuela José María Velasco barra de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay , (Tesis de bachillerato) Ecuador, Universidad Técnica de Ambato. Recuperado a partir de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3615?locale=de>
- Muñoz Muñoz, F. L., & Arango Álzate, C. (2017). Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. *Revista Salud Uninorte*, 33(3), 492-503. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/10366>
- Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L., y 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. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000200006>
- Olivares, S., Lera, L., y Bustos, N. (2008). Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 35(1), 25-35. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100004>
- Oramas Viera, S. S. (2013). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental.

- Organización Mundial de la Salud (2015, Noviembre 16). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz-Hernández, L. (2006). Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004. *Arch Latinoam Nutr*, 56(3), 201-15. Recuperado a partir de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/pt/lil-462817>
- Osorio, J., Weisstaub, G., y Castillo, C. (2002). Development of Feeding Behavior in Childhood and Its Alterations. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos. (2002). DEVELOPMENT OF FEEDING BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND ITS ALTERATIONS. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Patiño, A., Ramos, M., Ruza, E., Raggio, S., & Alonso, L. (2017). Obesidad infantil. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 29. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-la-obesidad-infantil-un-problem> X0185106312231587
- Pedraza, D. F. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde de Sociedade*, 18(1), 103-117. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100011>
- Peña, A., y Paco, O. (2002). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta Segunda parte: Carencias y defectos en los intentos por lograr una definición general de enfermedad. In *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(4), 313-321. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v63i4.1513>
- Pérez, V., y Devís Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud: la perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3(10), 69-71. Recuperado a partir de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista10/artpromocion.htm>
- Puello Scarpati, M., Silva Pertuz, M., y Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a04.pdf>

- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2010). Percepción De Enfermedad: Una Aproximación a Partir Del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106004>
- Ramírez, W., Vinaccia, S., y Suárez, G. R. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 67-75. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a08.pdf>
- Ramírez Serrano, L. A. (2007). El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes, (Tesis doctoral) Universidad de Valencia, España. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/15427>
- Rico, S., Rodríguez, F. J., Fernández, G. G., Calderón, J. F., & Álvarez, M. M. (2016). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y obesidad infantil en Valverde de Leganés. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 17-29.
- Río Navarro, B. E. D., y Sierra Monge, J. J. L. (2011). Relación de la obesidad con el asma y la función pulmonar. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(3), 171-183. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1665-11462011000300002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1665-11462011000300002)
- Robledo Martínez, R., y Escobar Díaz, F. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del Observatorio en Salud*, 3(4). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/17968/18857>  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/17968/18857>
- Rodríguez Marín, K y Viquez Lara, E. (2014). Atención desde un enfoque sistémico estructural a familias de estatus socioeconómicos bajos en el centro de atención psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica
- Rodríguez-Hernández, A., Cruz-Sánchez, E. D. L., Feu, S., y Martínez-Santos, R. (2011). Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 373-382. Recuperado a partir de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1665-11462011000300002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1665-11462011000300002)

- Rueda, A. G., y de Acosta, C. H. M. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Avances en enfermería*, 29(1), 75-86. Recuperado a partir de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35856>
- Sánchez, E., y Troyo, R. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista Médica Inst Mex Seguro Soc*, 48(5), 485-490. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105d.pdf>
- Tolosa, S., y Gómez, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10 (1), 48-52. [https://doi.org/10.1016/S1138-6045\(07\)73665-1](https://doi.org/10.1016/S1138-6045(07)73665-1)
- Valverde Arce, S. (2015). Elaboración de instrumento como propuesta para el control y evaluación de la consulta de obesidad basado en la gestión Clínica de su atención en el servicio de pediatría del Hospital San Vicente de Paúl de octubre 2010 a julio 2013. (Tesis de maestría sin publicar). Universidad Estatal A Distancia, San José, Costa Rica

## Anexos

### ANEXO 1

#### CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA

#### IPAQ- VERSION CORTA

Estamos interesados en averiguar acerca de los tipos de actividad física que hace la gente en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los últimos 7 días.

<b>1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?</b>	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
<b>2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>3- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar</b>	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
<b>4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?</b>	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
<b>6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

## **Consentimiento informado**

Título: Caracterización de las familias que presentan niños y niñas en condición de obesidad infantil y su relación en los patrones de actividad física.

Investigador principal: Maigualida Brenes Marcano

Centro Asistencial y servicio: Clínica de Obesidad Infantil. Departamento de pedíatria. Hospital San Vicente de Paul. Heredia

Teléfono disponible 24 horas: 60-300300. Correo: maibrema@gmail.com

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO. Léalo con cuidado y pregunte todo lo que desee antes de firmarlo. Sus preguntas van a ser contestadas. Usted recibirá una copia de este documento de consentimiento informado. Mediante este documento, se le está invitando a usted a participar en un estudio de investigación.

Este estudio trata sobre conocer el estado de salud física, mental, así como los comportamientos y pensamientos de las familias que tienen entre sus miembros un niño o niña en condición de obesidad y que asisten al seguimiento que ofrece la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital de Heredia.

Se espera aprender sobre las condiciones de salud de las familias, las actividades que realizan, la dinámica familiar, roles, límites, actividades físicas que desarrollan, hábitos de alimentación y los resultados de la atención al interior de las familias.

Se le invita a usted porque su familia cuenta con niños y niñas de 5 a 12 años con una situación de obesidad y que cumplen un periodo mayor a un año de recibir atención en la Clínica de Obesidad Infantil, siendo su participación de manera constante. Aproximadamente 19 familias tomarán parte en este estudio.

Su participación durará de una a dos sesiones, con un tiempo máximo de dos horas por sesión.

Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no, no afectará sus derechos como asegurado de la Caja. Con su decisión, usted no renuncia a sus derechos o a la potestad de hacer algún reclamo legal. Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en el momento que usted así lo quiera.

## 2. Procedimientos del estudio:

Si usted decide participar en el estudio, a usted se le realizarán los siguientes procedimientos:

Una entrevista semi estructuradas, se van a aplicar de forma individual, cada familia tiene un día que asiste a la consulta de la Clínica de Obesidad Infantil, en el cual será oportuno brindarles la cita. El objetivo es citar a la familia el día que asisten a la consulta, atendiendo a cuatro familias por día, para que en un total de ocho días se hayan abordado las 19 familias.

Cada entrevista se llevará a cabo en un espacio privado, será guiada por la facilitadora quien se encargará de conducir las preguntas, de manera tal que los pacientes puedan expresarse libremente, pero sin perder el hilo conductor del tema.

Luego se aplicará un Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire) (IPAQ), en su versión corta, consta de (7 ítems) consideran la intensidad de la actividad física (leve, moderada o vigorosa), frecuencia (medida en días por semana) y duración (tiempo por día). Además considera los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte). La duración de aplicación es de aproximadamente dos horas, una única vez en un espacio otorgado por la Unidad de Pediatría del Hospital de Heredia.

## 3. Posibles riesgos y eventos adversos: Para informar de los posibles riesgos o molestias

Los posibles riesgos o molestias que usted puede experimentar durante los siguientes procedimientos:

La entrevista semi estructurada: un cansancio excesivo que le impida continuar el cuestionario, por lo que se procederá a detener la sesión a brindar algún alimento sea fruta, galleta o refresco, se espera que la persona pueda recuperarse después de diez minutos, en caso contrario se procederá a agendar una próxima cita.

Otro posible riesgo es sentirse incomodo o en desacuerdo con responder alguna pregunta, para lo cual se intentará explicar el motivo de la misma, si de igual forma no se encuentra en la disposición se saltará a la siguiente interrogante, colocándolo en el estudio.

Usted puede presentar alguna o todas las molestias o riesgos que se citan a continuación, si decide participar en este estudio:

Requerir de mayor tiempo para la entrevista si por factores de ambas partes (entrevistador—entrevistado) la misma se extiende.

#### 4. Encuestas o cuestionarios.

Se aplicará una entrevista semi estructurada que consta de cinco aspectos:

##### Estados de Salud

###### 1.1 Presencia de enfermedades físicas

###### 1.2 Presencia de enfermedades mentales

##### Estructura familiar

##### Composición familiar

##### Manejo de roles y límites

Factores socioeconómicos: Lugares de residencia, situación, socioeconómica, nivel de escolaridad.

##### Patrones de comportamiento

###### 3.1 Conducta alimentaria

###### 3.2 Nivel de actividad física semanalmente.

###### 3.3. Actividades realizadas en tiempo libre.

3.4 Estrategias de cambio empleadas en la familia para enfrentar la condición de la obesidad infantil.

Patrones de pensamiento

Consecuencias de la obesidad

#### 4.2 Causas de la obesidad

Concepto de la obesidad de la persona menor de edad por parte de los encargados.

Percepción sobre el tratamiento recibido en la Clínica de Obesidad Infantil.

Percepción sobre los esfuerzos para superar la condición de obesidad.

Se aplicará el Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire) (IPAQ), en su versión corta, consta de (7 ítems) consideran la intensidad de la actividad física (leve, moderada o vigorosa), frecuencia (medida en días por semana) y duración (tiempo por día). Además considera los cuatro componentes de actividad física (tiempo libre, mantenimiento del hogar, ocupacionales y transporte).

#### 5. Casos de lesión o cuidados de emergencia

Usted participará en este estudio bajo la supervisión de la Licda. Maigualida Brenes Marcano. Todos los procedimientos se realizarán en el Hospital San Vicente de Paul. Si usted sufre una lesión o se enferma como resultado de su participación en este estudio, se le ofrecerá el tratamiento que sea necesario. Si la lesión es consecuencia de algún procedimiento realizado o dirigido por la Licda. Maigualida Brenes Marcano, usted recibirá la atención del caso.

Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica por las lesiones sufridas durante el estudio.

#### 6. Posibles beneficios para el participante

Los posibles beneficios para usted por participar en este estudio son mejorar la atención ofrecida en la Clínica de Obesidad infantil a partir del análisis de las situaciones particulares que arrojan las familias y que permiten generar mejores herramientas acordes con las necesidades de la población atendida.

Identificar situaciones de riesgo a nivel familiar que limiten las posibilidades de alcanzar los objetivos de las personas con la enfermedad de obesidad e implementar acciones estratégicas.

7. Otras opciones para el participante

En el caso que usted no desee participar del presente estudio puede continuar asistiendo a la Clínica de Obesidad Infantil.

8. Confidencialidad de la información

La investigadora y el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) mantendrán los registros relacionados con este estudio de manera privada, hasta donde la ley lo permita. Sin embargo, puede que la información de este estudio se publique en revistas médicas o científicas o que los datos sean presentados en congresos o conferencias. De ser así, nunca se utilizará su nombre.

9. Costo por participar en el estudio

No se le cobrará a usted por ninguna de las visitas o entrevistas que se le realizarán, ni tampoco por su participación en los grupos focales.

10. Nueva información generada durante el desarrollo del estudio

Durante el estudio, puede que aparezcan nuevos detalles acerca de los riesgos o beneficios de participar en él. De ser así, esta información se le dará a usted. Usted puede decidir no seguir participando en el estudio, desde el momento en que reciba esta nueva información. Si a usted se le da nueva información, y decide continuar en el estudio, se le solicitará que firme el consentimiento.

11. Personas a las cuales puede acudir el participante:

Usted puede llamar a la Licda Maigualida Brenes Marcano al teléfono 60-300-300 si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su participación en este estudio.

Si usted cree que ha sido lesionado como resultado de su participación en este estudio, por favor, comuníquese con Licda Maigualida Brenes al teléfono 60300300

A partir de la información brindada y si usted esta de acuerdo en participar del estudio descrito, favor llenar el siguiente formulario:

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable:

Nombre de la persona menor de edad:

Edad de la persona menor de edad:

Teléfonos:

Dirección del domicilio:

Yo \_\_\_\_\_ en mi condición de \_\_\_\_\_

de la persona menor de edad \_\_\_\_\_ deseo participar de la investigación denominada “Caracterización de las familias que presentan niños y niñas en condición de obsesiva infantil y su relación con los patrones de actividad física, de acuerdo a la percepción de uno de los miembros que conforman el núcleo familiar”

Firma: \_\_\_\_\_



5. Propósito de la investigación (marque todas las opciones que sean necesarias):

Especialidad: Maestría Salud Integral y Movimiento Humano Universidad: Universidad Nacional. Escuela Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida.

6. Tipo de Investigación:

Investigación con enfoque mixto y de tipo exploratorio- descriptivo

7. Centro(s) de identificación y seguimiento de los participantes de investigación:

Nombre del centro de identificación

Departamento de Pediatría. Hospital San Vicente de Paúl

8. Acuerdo de participación (marque todas las opciones que sean necesarias):

Consentimiento

informados

9. Población del estudio (marque todas las opciones que sean necesarias):

Recibe el investigador o los co-investigadores remuneración de cualquier tipo, por concepto de esta investigación (marque la que corresponda):

Recibe el investigador algún tipo de insumo (kits de diagnóstico de laboratorio, medicamentos, dispositivos, reactivos, programas de cómputo, entre otros) para realizar la presente investigación (marque la que corresponda):

No

Tiene la investigación como finalidad la comercialización del producto experimental (marque la que corresponda):

11. Si la investigación es para fines académicos, favor llenar los siguientes datos de los tutores.

TUTOR ACADEMICO (persona responsable de la investigación en el centro educativo)

Nombre del tutor académico: Jorge Salas Cabrera		Grado académico: Doctorado	
Número de cédula: 109490676		Número de investigaciones dirigidas: Siete	
Lugar de Trabajo (Universidad): Universidad Nacional			
Dirección: Heredia, Lagunilla			
Teléfono: 8338-1452		Correo electrónico: josaca10@hotmail.com	
Fax: No tiene		Beeper: No tiene	

TUTOR INSTITUCIONAL (persona responsable de la investigación en el centro asistencial)

## DECLARACIÓN DEL TUTOR INSTITUCIONAL<sup>1</sup>

Como tutor institucional, declaro bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Que conozco la Ley N°. 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”, el Reglamento N° 39061-S y la “Modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social”, en lo que se encuentra vigente. aprobada por la Junta Directiva, en artículo 26° de la Sesión N° 8601, del 20 de septiembre de 2012 y que acataré y haré cumplir esta y todas las normas nacionales e institucionales en materia de investigación biomédica, así como las disposiciones propias del centro asistencial donde se realiza el estudio.
2. Que tengo la formación y la experiencia necesarias para fungir como tutor institucional de esta investigación.
3. Que velaré por que el estudiante Maigualida Brenes Marcano se apegue al protocolo de investigación en todos sus extremos y cumpla con los requisitos establecidos por el Comité de Bioética que lo aprobó.
4. Que me reuniré con el investigador principal periódicamente para valorar el progreso de la investigación y su estricto apego al protocolo aprobado por el Comité, y registraré el resultado de las reuniones en un cuaderno de bitácora.
5. Que velaré porque cualquier modificación al protocolo original, sea previamente aprobada por el comité CLOBI o CECI, según corresponda.
6. Que, conjuntamente con el investigador principal, presentaré en forma oportuna los informes de avance y el informe final de la investigación al comité CLOBI o CECI, según corresponda, que aprobó el estudio.
7. Que si se presentara algún problema atinente al desarrollo del estudio, estaré disponible personalmente para supervisar al investigador en la solución del mismo. Si me encontrara lejos del área de estudio, haré los arreglos necesarios para que otra persona calificada asuma mi responsabilidad.
8. Que asumo la responsabilidad de esta investigación de manera solidaria con el investigador principal.

## DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Los firmantes indican lo siguiente: Que entienden y aceptan las siguientes obligaciones y que buscan proteger los derechos y el bienestar de los participantes en este estudio. Asimismo, declaran bajo la gravedad del juramento, que la información consignada en el presente formulario es cierta.

1. Como investigador principal reconozco que es mi responsabilidad asegurar todas las acciones del personal que participe en el proyecto cumplirán con los requerimientos y políticas establecidas en la Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”, el Reglamento N° 39061-S y la “Modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social”, en lo que se encuentra vigente. aprobada por la Junta Directiva, en artículo 26° de la Sesión N° 8601, del 20 de septiembre de 2012.
2. Reconozco como principios generales que regirán la investigación: el respeto a la dignidad de las personas, la beneficencia, la no-maleficencia, la autonomía y la justicia distributiva, según lo establecido en la normativa nacional e internacional aplicable a la bioética en la investigación.

---

<sup>1</sup> Tutor institucional: funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social, responsable de la ejecución y supervisión del estudio en el centro asistencial.

3. Reconozco que es mi responsabilidad asegurar que se obtenga un consentimiento informado válido de cada uno de los participantes en el estudio o de su respectivo representante legal. Además, verificaré que todo el personal que participe en el proceso de obtención del consentimiento informado reciba el entrenamiento adecuado, tenga conocimiento explícito de sus responsabilidades y esté debidamente autorizado por el Comité de Bioética para la obtención de dicho consentimiento, siguiendo las guías de la Subárea de Bioética en Investigación del CENDEISSS, apegadas a la normativa existente. Utilizaré el documento de consentimiento informado debidamente autorizado por el Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) o del Comité Ético Científico Institucional (CECI), según sea el caso, con su respectivo sello.

Se entiende que todo lo declarado en este punto, no procede si el investigador ha solicitado la excepción del Consentimiento Informado y ésta ha sido aprobada por el comité correspondiente.

4. Informaré al Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) o al Comité Ético Científico Institucional (CECI), según sea el caso y a la Subárea de Bioética en Investigación del CENDEISSS (Fax 2220-1560 o correo electrónico [cdimare@ccss.sa.cr](mailto:cdimare@ccss.sa.cr), [jevillalo@ccss.sa.cr](mailto:jevillalo@ccss.sa.cr)), cualquier efecto adverso serio esperado o inesperado o cualquier lesión al participante, a más tardar dos (2) días hábiles después de ocurrido el evento.
5. No se implementará ningún cambio en el protocolo de investigación sin la debida autorización del CLOBI o del CECI, según sea el caso, excepto cuando se trate de reducir o eliminar el riesgo inmediato, caso en el cual la Subárea de Bioética en Investigación será informada inmediatamente.
6. Custodiar en un archivo toda la documentación de la investigación, por un período de quince años después de concluida la investigación; y reconozco que la Subárea de Bioética en Investigación está autorizada para inspeccionar estos documentos en cualquier momento
7. Me comprometo a presentar todos los documentos de la investigación (aprobaciones del comité, consentimientos informados de cada uno de los participantes, documentos de recolección de datos, entre otros) en el momento en que funcionarios de la Subárea de Bioética en Investigación, miembros del CECI o del CLOBI lo requieran.
8. Informaré a la Subárea de Bioética en Investigación CENDEISSS acerca de cualquier cambio en la relación riesgo/beneficio de la investigación presentada originalmente en el protocolo aprobado por CECI-CCSS.
9. Durante la investigación deberé apegarme a los siguientes requisitos:
  - a. No obstaculización del normal desarrollo de los servicios de la CCSS.

- b. Transparencia absoluta del proceso que, entre otras consecuencias, implica la obligación de dejar en el expediente de salud del participante, copia del consentimiento informado y constancia de cada intervención que se le realice (procedimientos, exámenes de laboratorio y gabinete, entre otros).
  - c. Impedimento de remunerar, por parte de terceros, a servidores de la CCSS en horas laborales, o fuera de horas laborarles, si existe prohibición o dedicación exclusiva.
10. Me comprometo a no ofrecer ningún pago o beneficio al participante que pueda inducir su participación, así como de no establecer ninguna obligación financiera al participante, como podría ser el pago por los servicios de atención médica.
11. Me comprometo a presentar al CLOBI o al CECI, según corresponda, los informes de avance de la investigación cada 3 meses, en las siguientes fechas: primer viernes de los meses abril, julio, octubre y enero de cada año, siguiendo los requisitos establecidos en el formato INF-I Presentación de informes. Estos informes los presentaré en el plazo señalado, independientemente de la fecha de inicio de la investigación y hasta su finalización. Si por alguna razón el estudio no ha iniciado, igualmente tiene que enviar el formulario indicando la situación actual.
12. Me comprometo a presentar al CLOBI o al CECI, según corresponda, en formato impreso y digital, el documento final y los resultados de la investigación en la fecha establecida en el protocolo para la finalización de la investigación, siguiendo los requisitos establecidos en el formato “Presentación de Resultados” (formularios RES-I, RES-II o RES-III, según corresponda).

NO OBJECCION PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION POR PARTE DE  
JEFATURA DE UNIDAD /SERVICIO Y DIRECCION MÉDICA DEL CENTRO  
ASISTENCIAL

Los abajo firmantes no encuentran objeción alguna para que el estudio “Caracterización de las familias que presentan niños y niñas en condición de obesidad infantil y su relación en los patrones de actividad física desde la perspectiva de un miembro del grupo familiar” sea realizado en este centro asistencial, siempre y cuando cuente con la recomendación previa del Comité Local de Bioética o del Comité Institucional de Bioética en Investigación, según sea el caso, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”, el Reglamento N° 39061-S y la “Modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social”, en lo que se encuentra vigente. aprobada por la Junta Directiva, en artículo 26° de la Sesión N° 8601, del 20 de septiembre de 2012.



## FORMULARIO AP-II A

### REQUISITOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (Observacional)

#### TITULO DEL PROYECTO:

Caracterización de las familias que presentan niños y niñas en condición de obesidad infantil y su relación en los patrones de actividad física, de acuerdo a la percepción de uno de los adultos que conforman el núcleo familiar

#### 1. INTRODUCCIÓN:

Históricamente la obesidad ha sido comprendida de diferentes formas, en la época de la prehistoria la alimentación dependía de la caza así como de la recolección, debido a lo difícil para acceder al alimento, se consideraba que se debía comer todo cuando se podía desarrollando «genes ahorradores» que les permitiera conservar la energía para sobrevivir. En el Imperio Medio egipcio (siglos XXI-XVII a.C.), ya el concepto comienza a variar, aparece el exceso de comida, se considera la glotonería como causa de la obesidad y surge el término de la gula, vista como un pecado. (Foz, 2004).

Para la edad media se evidencia que la obesidad está asociada a la dieta abundante, a la falta de ejercicio y a la temperatura del cuerpo. Propiamente en la edad moderna, la obesidad, se relaciona con la fecundidad la atracción sexual y como símbolo de salud, no obstante, para la edad contemporánea cambia esta perspectiva, definiendo la obesidad como una enfermedad. Para las épocas posteriores a la I Guerra Mundial el ideal de belleza comenzaba a ser la delgadez extrema y la obesidad comienza a verse como un estado no deseado y símbolo de enfermedad. (Foz, 2004).

Etimológicamente la palabra "obeso" procede del latín "obedere", formado de las raíces ob (sobre, o que abarca todo) y edere (comer), es decir "alguien que se lo come todo" (Cortes, Miranda, & López, 2010, p. 249).

La problemática de la obesidad ha sido una de las preocupaciones más alarmantes a nivel mundial, la cual se ha incrementado de manera vertiginosa en los últimos años; esto ha despertado el interés para

los estudiosos en las ciencias de la salud, quienes investigan las causas, consecuencias así como las diferentes formas de intervenirla.

La ciencia ha determinado que la obesidad afecta el bienestar físico, individual, social y emocional de las personas. Andrawus (2014), considera que la obesidad es una pandemia, la cual es compleja y va más allá de la salud física; comprende que esta condición repercute en que se desarrollen enfermedades como la diabetes tipo dos, las enfermedades cardiovasculares, hipercolestoremia, hipertensión, entre otras.

Según la American Collegue Sport and Medicine (ACSM), (citado por Campos, 2006), “la obesidad es un exceso de grasa en el cuerpo acompañado por lo general de un incremento de peso, siendo el resultado de una excesiva ingestión de energía o ingesta calórica en relación con el gasto y un índice de masa corporal superior a 30kg/m<sup>2</sup>,” (p.19). La autora destaca que la obesidad se presenta en mayor porcentaje en las mujeres que generalmente comienza desde las edades tempranas, está asociada a múltiples factores entre ellos la falta de hábitos de alimentación saludable, donde la ingesta calórica está por encima de lo requerido por el sujeto, debido a que los alimentos consumidos son ricos en grasas y carbohidratos.

Según las estadísticas reportadas por la OMS, en el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 años en adelante tenían sobrepeso y más de 42 millones menores de cinco años tenían sobrepeso. A nivel mundial, en países como Brasil, India, y China se presenta un aumento en la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad y la tendencia es similar en países del tercer mundo; en Argentina, Colombia y México, más de la mitad de su población tienen sobrepeso y más del 15% son obesos, afectando principalmente a los niños. “En Chile, Perú y México, de diez niños en edades de 4 a 10 años cuatro tiene sobrepeso o presenta obesidad” (Guerra, López, Rodríguez, & Zermeño, 2006, p.92).

Lo anterior, genera una alta preocupación, por cuanto la obesidad infantil incide en la aparición de hábitos poco saludables en la vida adulta, y tal como lo afirma Campos (2006), sino se modifican los hábitos hay una alta probabilidad de que el niño obeso se convierta en un adulto obeso y por consecuente se agudice la presencia de enfermedades asociadas.

A nivel nacional, se realizó la Encuesta Nacional de Nutrición 2009, evidenciando que todos los grupos etarios presentan mayores porcentajes de obesidad que en el 2002, destacando que en la población con edades entre 7 y 15 años existe dislipidemia en un 12.0%, sobrepeso 12.7% y obesidad 7.9%. (Ministerio de Salud, 2013)

Asimismo el Ministerio de Salud (2013) indica que para el año 2009 los niños de 5 a 12 años, muestran un sobrepeso de 11.8% y de 9.6% de obesidad, reflejando que en los hábitos de alimentación del grupo familiar del niño obeso predominan el consumo de comidas rápidas, ricas en grasa, azúcar y sin mucho aporte nutricional, determinando que un 87% de las familias en Costa Rica, consideran que sus hábitos de alimentación han ido empeorando. (Citado por: Fernández & Monestel, 2014).

Por otro lado, la Encuesta Global de Salud Escolar (2009) identifica que “los adolescentes entre 13 a 15 años de edad, presentan sobrepeso de 28,3% en mujeres y de 27,6% en hombres y una prevalencia de obesidad del 7,9% en mujeres y de 9,7% en hombres”. (Fernández & Monestel, 2014, p.3). “Según la publicación “Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular” el 50,9% de la población realiza actividad baja o nula y únicamente un 34% de las personas adultas realizan actividad física definida como “alta” con un predominio en los grupos de edad de 20 a 39 años”. Asimismo en el grupo de edad de 15 a 35 años, los hombres practican más deporte que las mujeres ubicándose en un 35,5% con respecto a un 15% de las mujeres que lo hacen, se rescata que hay limitaciones en cuanto a lugares aptos para realizar actividades deportivas y recreativas pues sólo un 36,5% de las mujeres y un 55,5% de los hombres tuvieron acceso a estos espacios”. (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2014, p.172)

Por otro lado el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 indica que el “5%-8% de la población menor de 5 años presenta alto peso, de un 8%-16% de los niños presentan déficit de peso y un 29% de los menores de 5 años presentan déficit de talla para la edad. En el grupo de niños de 5-12 años, la prevalencia de sobrepeso/obesidad aumentó entre 1996 y el 2008 de un 15% a un 21%, siendo mayor el incremento en varones, mientras que en el grupo de población de 13-19 años, el mayor porcentaje de sobrepeso u obesidad se da en mujeres. Por otra parte, en mujeres de 20-44 años el 60% presentada sobrepeso/obesidad y en el grupo de 45-64 es el 77%.”(MIDEPLAN, 2014, p.173)

Ante el panorama internacional y nacional, se hace necesaria la creación de políticas y estrategias que permitan prevenir y atender la obesidad infantil, de tal manera que los actores de la sociedad civil comprendan la magnitud de esta situación y la necesidad de trabajar sobre los factores de vulnerabilidad que inciden en la misma.

Propiamente en Costa Rica, el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “plantea que para el 2018 se desea tener como meta la disminución de un 2% de obesidad en menores de 5 a 12 años (7,6%) así como un aumento del 20% de la práctica de actividad física (79,6% al 2018). Para ello se han establecido una serie de objetivos tales como: Fomentar en la población el desarrollo de estilos de vida saludables, mediante la práctica de la actividad física, el incremento en el consumo de frutas y vegetales. La ejecución de proyectos comunitarios para la promoción del deporte y la recreación. La implementación de una estrategia de promoción de la actividad física así como la prevención del fumado en establecimientos de CEN-CINAI y la promoción de estilos de vida saludables promovidos en estudiantes de colegios de Dirección 3 a nivel nacional (MIDEPLAN, 2014, p.178)

En este marco se han diseñado la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021, también se elaboró el Plan Nacional de Salud para Costa Rica 2010-2021, haciendo énfasis en la seguridad alimentaria de los diferentes sectores, principalmente de aquellos en condiciones de vulnerabilidad. Dicha política desea “promover una infraestructura física para la producción, conservación, distribución, preparación y consumo de alimentos con el fin de garantizar una seguridad alimentaria y nutricional como derecho de la población”. (Ministerio de Salud, 2011, p. 21).

En colaboración con diferentes sectores se establece el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, cuyo propósito “es contribuir al logro de una población saludable y a la paz social; así como a la prevención y reducción de las enfermedades crónicas, a la disminución del consumo de drogas, erradicando la violencia social, mediante la promoción de actividad física en todas sus modalidades”. (MSP, 2011, p. 25)

Las políticas se deben desagregar en una serie de proyectos, acciones o estrategias que permitan incidir de forma directa sobre la población, en este sentido el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación Pública establecen el Plan “Moveté Disfruta la Vida“, involucrando dos ejes fundamentales la alimentación saludable y la actividad física en adolescentes de 13 a 15 años. El plan inicio en el 2012 pero de manera sustancial se implementó del 2013 al 2014 y está enmarcado en los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. (Fernández & Monestel, 2014).

Desde las comunidades y gobiernos locales, así como desde las áreas de salud se implementan estrategias, ejemplo de ello en el 2006 el Área Rectora de la Salud de Belén y Flores desarrollaron un proyecto de promoción de estilos saludables con acciones preventivas para escolares y adolescentes, asimismo en el 2010 continuando con este proyecto se dio un instrumento de evaluación de comedores y sodas, los cuales a partir de los buenos resultados obtenidos, promovieron alianzas con la Universidad Nacional para llevar a cabo el Programa Psicomí (Psicomotricidad infantil) esto en el marco de un modelo ecológico (Andrawus, 2014).

La Caja Costarricense del Seguro Social, propiamente en el distrito de Naranjo realizó un programa para la atención de la obesidad infantil desarrollado por dos profesionales en pediatra y trabajo social. Según Valverde (2015) en dos años se disminuyó la obesidad en un 20 % de los niños que se mantuvieron en el programa y quiebran la curva de IMC un 15 % de la totalidad de los pacientes estudiados.

En el 2011, el servicio de cardiología junto con una promotora de salud y una nutricionista del Hospital San Vicente de Paúl establece un programa educativo en algunas escuelas de la provincia cuya

población son niños de quinto y sexto grado. Posteriormente el “Servicio de Pediatría del Hospital de Heredia y la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, iniciaron un programa piloto que consistió en realizar una valoración de psicología de la salud con el fin de conocer las dinámicas familiares de niños que forman parte la clínica de obesidad y que presentan síndrome metabólico para fortalecimiento de su personalidad y del ambiente familiar”. (Valverde, 2015, p.4)

Para el año 2010 se da inicio a la Clínica de Obesidad del Hospital San Vicente de Paúl, cuya metodología contempla el abordaje educativo (impartiendo charlas), posteriormente, el abordaje individual y a partir de situaciones de vulnerabilidad identificadas se determina si requiere de apoyo por parte de diversas disciplinas. De los resultados se observa que un 38% de los pacientes bajan el IMC luego de la cuarta cita. (Valverde, 2015)

Pese a los esfuerzos desarrollados, propiamente en la Clínica de Obesidad Infantil no se ha logrado el alcance deseado, y es allí donde se rescata la importancia de esta investigación la cual pretende estudiar las características de las familias con niños y niñas que asisten a esta Clínica, considerando esta condición como una problemática multifactorial, en donde no sólo se debe abordar al niño o a la niña sino a todo el contexto familiar, escolar y social en que se inserta.

La familia es considerada un sistema abierto, influido por factores externos, cuya afectación se da en los subsistemas madre-padre, padre-hijo, hermanos o en el individuo, además los hábitos de vida así como las necesidades económicas han requerido que ambos padres estén fuera del hogar, provocando que los menores consuman comidas rápidas por el poco tiempo que requieren. (Sánchez & Troyo, 2010).

Por ello es fundamental identificar las características que presentan las familias cuyos hijos reciben el tratamiento para superar su condición de obesidad, esto debido a que en los primeros cinco años de vida es que se inicia esta problemática. Es en esta etapa donde los niños presentan como primer ente de socialización a la familia quien juega un rol fundamental en conductas relacionadas con la ingesta, la actividad física y por tanto en hábitos que desencadenan la presencia de esta enfermedad. (Rodríguez & Viquez, 2014)

La presente investigación desea aportar las características de las familias donde se presentan niños y niñas en condición de obesidad y su relación en la actividad física, reconociendo que es fundamental conocer las dinámicas en que se insertan los menores para ejercer modificaciones que permitan cumplir los objetivos en la atención de la obesidad. Es importante ratificar que cualquier síntoma que se presente en algún miembro de la familia afecta a los demás y a su vez la enfermedad es el resultado de una sintomatología de las otras personas que conforman el núcleo, sea por cuestiones físicas, emocionales o estructurales.

Finalmente se rescata que esta investigación forma parte de la Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano, enmarcándose como un tema de mucha relevancia porque atiende uno de los problemas de salud que se están agudizando en Costa Rica, como lo es la obesidad infantil, asimismo involucra el componente de la actividad física como herramienta para combatirla, siendo que dicha herramienta debe emplearse de forma estructurada, sistemática, acorde con las necesidades y posibilidades de las familias intervinientes.

## 2. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

### Interrogante a estudiar

1.
  - a. Población: La población participante son 19 miembros de la familia de la que forma parte el niño o niña que asiste a la Clínica de Obesidad Infantil, desde hace más de un año.
  - b. Objeto de estudio. Dinámicas familiares, patrones de comportamiento, pensamientos y estados de salud física y mental de las familias con niños y niñas en condición de obesidad.
  - c. Resultados esperables: Diagnóstico de las familias, estados de salud, comportamientos encontrados, patrones de actividad física, pensamientos con respecto a l tema de la obesidad infantil, estrategias de cambio.
  - d. Preguntas generales
    1. ¿Cuál es el estado de salud física y mental de las familias que presentan personas menores de edad (de 5 a 12 años) con obesidad, que asisten a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2015 y su relación con los patrones de actividad física?
    2. ¿Cuál es la estructura familiar, así como los patrones de pensamiento y comportamiento de las familias que presentan personas menores de edad (de 5 a 12 años) con obesidad y que son atendidas en la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2015 y su relación en los patrones de actividad física?

### Preguntas específicas

1. ¿Se presentan alguna enfermedad física o mental en los miembros de la familia y está relacionado con el desarrollo de estilos de vida físicamente activos?
2. ¿Cómo es la estructura familiar así como las características económicas y sociales de las familias sujetas de estudio?
3. ¿Cuáles son los patrones de pensamiento identificados en los miembros de la familia y su relación con sus estilos de vida, activos o sedentarios?
4. ¿Cuáles son los patrones de comportamiento identificados en los miembros de la familia y su incidencia en la patología de la obesidad?

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (Debidamente justificadas):

1. Número total de participantes: Diecinueve participantes, de 18 años en adelante, deben ser mayores de edad al ser las personas responsables de los niños, deben contar con facilidad para movilizarse al Hospital de forma independiente, tener capacidad cognitiva, saber leer y escribir. Puede ser femenino o masculino, de cualquier etnia y que acompañen a los menores de edad a la atención de la clínica, en la mayoría de las ocasiones.

2. Criterios de exclusión:

- Familias que sean inconstantes en la atención
- Familias que no vivan en el cantón central de Heredia
- Familias que se encuentren recibiendo tratamientos o atención por otras problemáticas no asociadas a la obesidad.
- Familias o niños (as) que no expresen su voluntad en participar.

3. Diseño y Procedimientos:

	1 0-2015	11- 2015	1 2-2015	0 1-2016	0 2-2016	0 3-2016	0 4-2016	0 5-2016	0 6-2016
Diseño investigación									
Aprobación de diseños									
Introducción trabajo de campo									
Análisis de los datos									
Elaboración de documento final									
Devolución de resultados									

### 5. EVALUACIÓN DEL RIESGO / BENEFICIO DE LA INVESTIGACIÓN:

Los posibles riesgos o molestias que usted puede experimentar durante la participación en el proceso de las entrevistas es un cansancio excesivo que le impida continuar el cuestionario, sensación de incomodidad o en desacuerdo con responder alguna pregunta, para lo cual se intentará explicar el motivo de la misma, si de igual forma no se encuentra en la disposición se saltará a la siguiente interrogante, colocándolo en el estudio.

Encontrar posiciones contrarias dentro de los participantes y que puedan derivarse hacia un ataque personal, para ello se tomará un tiempo fuera donde se le solicitaran a las personas realizar un refrigerio y poder abordar de forma personal a quien haya traspasados la barrera del respeto hacia el colectivo. Si la situación persiste, se llevará a cabo la solicitud de retirarse del lugar. Por último un posible riesgo es requerir de mayor tiempo para la entrevista si por factores de ambas partes (entrevistador—entrevistado) la misma se extiende.

Sin embargo se tomaran las precauciones necesarias para evitar que se incurran en dichos riesgos y que los posibles beneficios para usted por participar en este estudio sean mayor con relación a los perjuicios; como parte de los beneficios son mejorar la atención ofrecida en la Clínica de Obesidad infantil a partir del análisis de las situaciones particulares que arrojan las familias y que permiten generar mejores herramientas acordes con las necesidades de la población atendida. Asimismo este estudio será una herramienta para Identificar situaciones de riesgo a nivel familiar que limiten las posibilidades de alcanzar los objetivos de las personas con la enfermedad de obesidad e implementar acciones estratégicas.

## 6. CONSIDERACIONES ESTADÍSTICAS

### 1. Categorías del estudio.

Categorías de análisis

Categoría I: Estados de Salud

Subcategorías:

1.1 Presencia de enfermedades físicas

1.2 Presencia de enfermedades mentales

## Categoría II: Estructura familiar

### Subcategorías

- 2.1 Composición familiar
- 2.2 Manejo de roles y límites
- 2.3 Factores socioeconómicos: Lugares de residencia, situación, socioeconómica, nivel de escolaridad.

## Categoría III: Patrones de comportamiento

### Subcategorías:

- 3.1 Conducta alimentaria
- 3.2 Nivel de actividad física semanalmente.
- 3.3. Actividades realizadas en tiempo libre.
- 3.4 Estrategias de cambio empleadas en la familia para enfrentar la condición de la obesidad infantil.

## Categoría IV: Patrones de pensamiento

### Subcategorías:

- 4.2 Consecuencias de la obesidad
    - 4.2 Causas de la obesidad
  - 4.3 Concepto de la obesidad de la persona menor de edad por parte de los encargados.
  - 4.4 Percepción sobre el tratamiento recibido en la Clínica de Obesidad Infantil.
  - 4.5 Percepción sobre los esfuerzos para superar la condición de obesidad.
2. Método para el análisis de datos.

Para la siguiente investigación la cual es bajo un enfoque mixto se pretende acercarse a los sujetos de la investigación para entender, describir, y explicar situaciones o fenómenos sociales; al principio no se establecen conceptos claros de lo que se estudia ni hipótesis debido a que no se desea poner a prueba ningún conocimiento. Además los investigadores son parte del proceso y sus experiencias en el campo fundamentan el conocimiento en conjunto con los sujetos del estudio. Asimismo la cuestión del diseño de investigación no es tan notable como en los estudios cuantitativos. (Flick, 2015)

Se procede de casos individuales y se va recolectando la información para construir teoría. No se prueban hipótesis, sino que éstas se generan durante el proceso, tampoco hay una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico). Resulta de importancia conocer las vivencias desde la propia

individualidad considerando lo verbal y lo no verbal para comprender las dinámicas que se desarrollan. (Hernández et al, 2006).

#### Diseño: Descriptivo y exploratorio

El estudio descriptivo es el empleado en la presente investigación debido a que el interés es conocer las características y dinámicas de las familias con niños y niñas que presentan obesidad. Este tipo de estudio intenta describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; desea especificar las propiedades identificando conceptos o factores de forma individual, no realiza asociaciones, sino solo considera la información obtenida desde la perspectiva de los actores en la investigación, por tanto facilita el contacto con un tema de forma amplia. (Fernández, et al, 2006).

El método a emplear es el descriptivo-exploratorio dado que el mismo permite descubrir y reflexionar junto con los participantes, la realidad en la que viven, dando un significado a lo que oyen, ven y hacen, tratando de que el investigador no anteponga sus creencias o valores.

Mediante este método se pretende describir como un miembro de la familia percibe que se establecen sus patrones de comportamiento, pensamientos y adoptan una serie de pautas que permiten el mantenimiento de una enfermedad como lo es la obesidad infantil.

Además permite entender una dinámica o forma de vida, captando el significado que le dan al fenómeno social así como la forma en que él mismo les permite interactuar con los demás. La etnografía le exige al investigador la capacidad para conocer los medios empleados por estas familias en estudio para organizar su vida y comprender su posición en medio de la situación. (Bautista, 2011)

Es importante rescatar que la investigación pretende solamente caracterizar a las familias en los contextos de estudios de los niños que presentan dicha condición, con la finalidad de brindar insumos a la Clínica de Obesidad Infantil que le permitan dirigir la atención acorde con las características y alcances de esta población.

#### OBLIGACIONES FINANCIERAS Y COMPENSACIÓN:

1. Obligaciones financieras del participante.

El participante no tiene obligaciones económicas por participar en el estudio.

2. Compensación financiera por participación.

La participación en el estudio es de forma voluntaria y gratuita.

## IDENTIFICACIÓN DE PARTICIPANTES, RECLUTAMIENTO Y CONSENTIMIENTO:

### Método de identificación y reclutamiento

1. El método de identificación se dará por medio del acercamiento previo con las personas profesionales encargadas de la atención en la Clínica de Obesidad, la Jefa de Pediatría la Dra. Sonia Valverde y la Jefa de Trabajo Social, MSc. María Fernanda López.
2. Proceso para obtener el consentimiento informado. Se elabora el documento del consentimiento informado, de acuerdo a lo señalado por el comité de bioética luego se presenta a la comisión de Bioética del Hospital de Heredia para su aprobación. Seguidamente se presenta a las encargadas de la Clínica y se procede a aplicarlo a los participantes
3. Responsables de explicar y obtener el consentimiento informado (si procede). La investigadora se encarga de explicar y obtener el consentimiento. Nombre de la investigadora: Licda. Maigualida Brenes Marcano.
4. Formularios de consentimiento informado. Se adjunta el formulario.

## CONTROL DE CALIDAD

1. En la aplicación de los instrumentos se hará la explicación sobre la importancia en la veracidad de los datos otorgados a la investigadora, no obstante los mismos no están sujetos a estrategias de control debido a que son las vivencias directas de los participantes.

## PUBLICACIONES

1. Se mantendrá la confidencialidad de los participantes durante toda la investigación, los casos que serán tratados será bajo la responsabilidad de la investigadora. Se hará referencia a los datos obtenidos para efectos del estudio, sin embargo se aplicarán nombres ficticios para no incidir en la privacidad de los usuarios.
2. Además toda publicación del presente estudio llevará en mención el nombre de la Caja Costarricense de Seguro Social y el establecimiento en que se realizó el estudio.

## INFORMACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

La investigadora es la Licenciada Maigualida Brenes Marcano Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, siendo que el presente estudio es el Trabajo Final de Graduación de la Maestría de Salud Integral y movimiento Humano de la Universidad Nacional. Se adjunta en anexo dos la hoja de vida.

Consideraciones bioéticas:

1. Principio de autonomía: Se respetará en todo momento las capacidades de las personas participantes en el proceso.
2. Principio de justicia de discriminación: La no participación en la investigación no implicará ningún perjuicio o discriminación para las personas convocadas a la misma.
3. Principio de beneficencia: El propósito de la investigación es plantear recomendaciones que permitan mejorar la atención que se brinda, privando en todo momento el interés colectivo.
4. Principio de no maleficencia no hacer daño a personas: El fin de la investigación no está orientado en ningún momento a causar algún daño o perjuicio a las personas participantes.

## **FORMULARIO AP-III A**

### **RESUMEN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL**

Título del estudio:	Caracterización de las familias que presentan niños y niñas en condición de obesidad infantil y su relación en los patrones de actividad física de acuerdo a la percepción de uno de los miembros del grupo familiar.
Entidades participantes:	No hay
Investigador principal:	Maigualida Brenes Marcano
Centro asistencial donde se realizará el estudio:	Hospital de Heredia San Vicente de Paul. Caja Costarricense del Seguro Social
Justificación de la importancia del estudio:	La importancia de esta investigación pretende estudiar las características de las familias con niños y niñas que asisten a esta Clínica, considerando esta condición como una problemática multifactorial, en donde no sólo se debe abordar al niño o a la niña sino a todo el contexto familiar, escolar y social en que se inserta. Conocer las dinámicas en que se insertan los menores es necesario para ejercer modificaciones que permitan cumplir los objetivos en la atención de la obesidad.



Pregunta de investigación o hipótesis:

3. ¿Cuál es el estado de salud física y mental de las familias que presentan personas menores de edad (de 5 a 12 años) con obesidad, que asisten a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2015 y su relación con los patrones de actividad física?
4. ¿Cuál es la estructura familiar, así como los patrones de pensamiento y comportamiento de las familias que presentan personas menores de edad (de 5 a 12 años) con obesidad y que son atendidas en la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2015 y su relación en los patrones de actividad física?

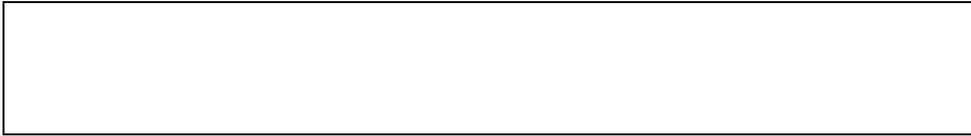
Objetivos:

Conocer el estado de salud física y mental de las familias que presentan personas menores de edad (de 5 a 12 años) con obesidad, que asisten a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2015 y su relación con los patrones de actividad física

Identificar la estructura familiar, así como los patrones de pensamiento y comportamiento de las familias que presentan personas menores de edad (de 5 a 12 años) con obesidad y que son atendidas en la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl, durante el año 2015 y su relación en los patrones de actividad física

*Diseño  
metodológico*

Diseño del estudio:	Enfoque mixto, tipo exploratorio- descriptivo
Población de estudio:	19 familias de los niños y niñas entre las edades de 5 a 12 años, asistentes a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital San Vicente de Paúl.
Criterios de inclusión y exclusión:	<p>Criterios de inclusión de los informantes claves</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Familias con niños y niñas de 5 a 12 años.</li><li>2. Que reciban atención actualmente en la Clínica de Obesidad Infantil</li><li>3. Que cuenten como mínimo con un año de estar asistiendo a la Clínica de Obesidad Infantil</li><li>4. Que deseen participar de la investigación.</li><li>5. Que tengan la posibilidad de asistir a las sesiones citadas para las entrevistas.</li></ol> <p>Criterios de exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Familias que sean inconstantes en la atención</li><li>2. Familias que no vivan en el cantón central de Heredia</li><li>3. Familias que se encuentren recibiendo tratamientos o atención por otras problemáticas no asociadas a la obesidad.</li><li>4. Familias o niños (as) que no expresen su voluntad de participar.</li></ol>



Categorías  
estudiadas:

<p>Categoría I: Estados de Salud</p> <p>Subcategorías:</p> <p>1.1 Presencia de enfermedades físicas</p> <p>1.2 Presencia de enfermedades mentales</p> <p>Categoría II: Estructura familiar</p> <p>Subcategorías</p> <p>2.4 Composición familiar</p> <p>2.5 Manejo de roles y límites</p> <p>2.6 Factores socioeconómicos: Lugares de residencia, situación, socioeconómica, nivel de escolaridad.</p> <p>Categoría III: Patrones de comportamiento</p> <p>Subcategorías:</p> <p>3.1 Conducta alimentaria</p> <p>3.2 Nivel de actividad física semanalmente.</p> <p>3.3. Actividades realizadas en tiempo libre.</p> <p>3.4 Estrategias de cambio empleadas en la familia para enfrentar la condición de la obesidad infantil.</p> <p>Categoría IV: Patrones de pensamiento</p> <p>Subcategorías:</p>
--

	<p>4.6 Consecuencias de la obesidad</p> <p>4.2 Causas de la obesidad</p> <p>4.7 Concepto de la obesidad de la persona menor de edad por parte de los encargados.</p> <p>4.8 Percepción sobre el tratamiento recibido en la Clínica de Obesidad Infantil.</p> <p>4.9 Percepción sobre los esfuerzos para superar la condición de obesidad.</p>
Tamaño de los informantes claves:	19 participantes

Técnica de muestro y unidad de análisis:	<p>Muestreo no aleatorio o de juicio</p> <p>Unidad de análisis: adulto familiar responsable del menor de edad.</p> <p>Le parece correcto</p>
--	--

*Plan de trabajo*

Duración del estudio:	5 meses
Fecha estimada de inicio y período de enrolamiento:	Febrero- 2016- junio-2016
Pruebas estadísticas utilizadas:	Formula para la medición de actividad física del IPAQ

Limitaciones y posibles sesgos del estudio:

Que las participantes no se comprometan en la participación.  
Que la información ofrecida no sea real.  
Abandono del tratamiento recibido en la Clínica.  
Involucramiento de intereses de terceras personas al estudio.

Resultados esperados e impacto del estudio:

Caracterización de las familias asistentes a la Clínica de Obesidad que inciden en la condición de obesidad de los niños y niñas.  
Identificación de patrones de comportamiento y pensamientos que se generan en las dinámicas familiares y su afectación en el tratamiento recibido.  
Patrones de actividad física realizados en los pacientes.  
Fortalecimiento de hábitos de vida saludables y mejores alcances de la atención en la Clínica de Obesidad.

Instrumento para la recolección de información:

Entrevistas semi estructuradas  
Entrevista de grupo focal  
Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire) (IPAQ), en su versión corta, consta de (7 ítems).

#### ANEXO 4

Entrevista Semi estructurada

Esta entrevista está dirigida a las personas responsables de los menores de edad que asisten a la Clínica de Obesidad Infantil del Hospital de Heredia, quienes son sujetos en la investigación denominada “Caracterización de las familias que presentan niños y niñas en condición de obesidad infantil y su relación en los patrones de actividad física de acuerdo a la percepción de uno de los miembros del grupo familiar”

Es importante mencionar que esta entrevista es confidencial y toda la información que sea utilizada en la investigación se dará de forma anónima.

Nombre de la persona entrevistada: \_\_\_\_\_

Nombre del niño o niña: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuadro 1. Favor brindar la información de todos los integrantes del grupo familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Salario aproximado

Cuadro 2. Enfermedades

Nombre de la persona	Enfermedad física diagnosticada	Enfermedad mental diagnosticada

Cuadro 3. Reglas

Las reglas en su hogar son:	Enumere alguna de las reglas que tienen en su hogar	En su casa quien define las reglas?	Qué acciones específicas realiza usted cuando sus hijos no respetan las reglas?
<input type="checkbox"/> Claras <input type="checkbox"/> Confusas <input type="checkbox"/> Rígidas <input type="checkbox"/> Flexibles	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Cuadro 4. Alimentación

¿Quién prepara los alimentos en su hogar?		En qué lugares compra la comida?	
¿Cuántos tiempos de comida realizan durante el día?		¿Quién compra los alimentos en el hogar?	
¿Cuántas veces al mes comen fuera del hogar?		¿Cuántas veces a día comen en familia	
¿Qué alimentos ingieren fuera del hogar?		¿Cuánto tiempo dedican a comer en familia?	

1. ¿Se realiza actividad física en el núcleo familiar?

- Si  
 No

2. ¿Algunas de las actividades físicas las comparten en familia?

- Si

( ) No

Cuadro 5. Actividad física

Nombre	Veces a la semana	Tipo de actividad física	Duración de la misma

3. ¿Qué otras actividades realizan en el tiempo libre?

---

---

---

Cuadro 6. Sobrepeso

A qué edad se detectó el sobrepeso del niño o niña?	Causas del sobrepeso	Que tan importante es para ustedes el tema del sobrepeso en el hogar en una escala de 1 al 10	Cambios para enfrentar el sobrepeso
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Cuadro 7. Atención clínica

Tiempo de asistir a la Clínica de Obesidad Infantil?	Percepción de la atención en la clínica. Del 1 al 10	Limitaciones	Recomendaciones

Gracias por su tiempo, su información es muy valiosa.