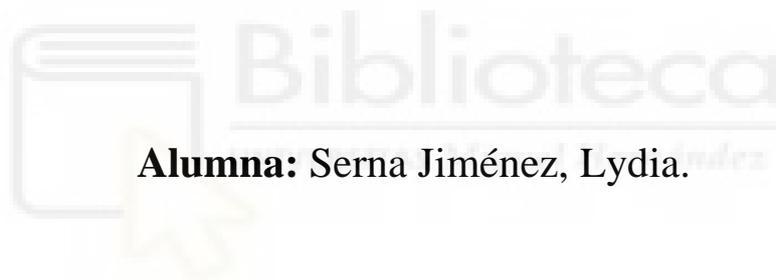


FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

“INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN PARENTAL EN
LA OBESIDAD INFANTIL”



Alumna: Serna Jiménez, Lydia.

Tutor: Asensio García, María del Rosario.

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria Curso: 2022-2023**

ANEXO COIR: Se debe poner el código QR que se te proporciona.

INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 25/05/2023

Nombre del tutor/a	Maria del Rosario Asensio García.
Nombre del alumno/a	Lydia Serna Jiménez
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	“INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN PARENTAL EN LA OBESIDAD INFANTIL”
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	230524033533
Código de autorización COIR	TFM.MPA.MDRAG.LSJ.230524
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **“INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN PARENTAL EN**

LA OBESIDAD INFANTIL” ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: “TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)”, habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad. Atentamente,

Alberto Pastor Campos

Jefe de la Oficina de
Investigación Responsable
Vicerrectorado de
Investigación y Transferencia

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



TRABAJO FIN DE MÁSTER

RESUMEN.

Introducción. La obesidad infantil es una acumulación excesiva o anormal del tejido adiposo en el periodo de la infancia que puede convertirse en un problema para la salud. Es una patología cuyas cifras van en aumento y se ha demostrado que los estilos de vida son un pilar elemental, estando estos gran influenciado por los progenitores en la infancia. Se ha observado también que el funcionamiento familiar puede influir en el peso de los componentes de la familia.

Objetivo. Conocer la influencia de la percepción parental en el peso de sus hijos cuya edad se encuentre comprendida entre los 5 y 9 años.

Metodología. Se trata de un estudio descriptivo transversal. La población a estudio son 1681 y la muestra está integrada por 213 personas (IC 95% y E 15%), seleccionados por un muestreo aleatorio simple. Se administrará un formulario donde se recogerán datos antropométricos, educativos, económicos y se recogerá mediante escalas validadas la percepción de los progenitores sobre sí mismos y sobre sus hijos/as y el funcionamiento familiar. Las variables a evaluar son: edad, sexo biológico, altura, peso, percepción parental, nivel de estudios del progenitor, nivel de ingresos totales y funcionamiento familiar.

Resultados. Conocer la influencia de la percepción parental en el peso de sus hijos cuya edad se encuentre comprendida entre los 5 años y los 9 años con la finalidad de realizar nuevas intervenciones sobre hábitos o dinámicas familiares para generar un cambio positivo en la salud. La limitación principal está relacionada con la participación de los progenitores.

Palabras clave. Atención primaria, padres, percepción parental, obesidad pediátrica, obesidad infantil, estilo de vida saludable, familia disfuncional, familia funcional.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ABSTRACT.

Introduction. Childhood obesity is an abnormal or excessive accumulation of adipose tissue in childhood period that can become a serious health problem. Obesity is an increasing pathology in which lifestyles are one of the most important factors, being this influenced in most part by parents in childhood. It has also been investigated that family functioning can influence over the weight of each family member.

Objective. To know the parental perception on the weight of their children whose ages are between 5 and 9 years.

Methodology. This is a descriptive cross-sectional study. The study population is made up to 1681 and the sample of the study is made up of 213 people (95% CI and 15% E), selected by a simple random sample. A form will be administered where anthropometric, educational and economic data will be collected. It will be collected through validated scales family functioning and the parental perception not only about themselves but also about their children.

The variables to be evaluated are: biological age, sex, height, weight, parental perception, parental educational level, total income level and family functioning.

Outcomes. To know the influence of parental perception on the weight of their children whose ages are between 5 and 9 years old in order to carry out new interventions on habits or family dynamics to generate a positive change in health. The main limitation is related with parental participation.

Keywords. Primary health care, parents, parental perception, pediatric obesity, childhood obesity, Healthy lifestyle, dysfunctional family, functional family.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ÍNDICE.

1. Pregunta de investigación.....	7
2. Pregunta en formato PICO.	7
3. Antecedentes y estado actual del tema.	7
4. Justificación del estudio.....	14
5. Hipótesis.....	15
6. Objetivos de la investigación.	15
7. Materiales y métodos.....	15
A. Diseño de estudio.....	15
B. Población diana y población a estudio.	15
C. Criterios de inclusión y exclusión.	16
D. Cálculo del tamaño de la muestra.....	16
E. Método de muestreo.	16
F. Método de recogida de datos.....	17
G. Variables.	19
H. Descripción de la intervención.	20
I. Estrategia de análisis estadístico.	20
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	21
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	21
10. Limitaciones y posibles sesgos.	22
11. Aspectos éticos.	23
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.	24
13. Personal que participará en el estudio y responsabilidad.....	24
14. Instalaciones e instrumentación.	25
15. Presupuesto.	25
16. Bibliografía.....	28
17. Anexos.	30

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Comunidades autónomas y porcentaje de obesidad en población de 2 a 17 años.	9
Tabla 2. Comportamientos no saludables y relacionados con el peso.	13
Tabla 3. Presupuestos por recursos.	25

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. IMC de población infantil según sexo y país de nacimiento. Población de 2 a 17 años.	8
Figura 2. Mapa de comunidades autónomas y porcentaje de obesidad en población de 2 a 17 años.	9

ÍNDICE DE SIGLAS.

€/año. Euros al año.

€/mes. Euros al mes.

E. Error

ESO. Educación Secundaria Obligatoria.

FAD. McMaster Family Assessment Device.

FP. Formación Profesional.

IC. Intervalo de Confianza.

IMC. Índice de Masa Corporal.

INE. Instituto Nacional de Estadística.

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

TSF. Teoría de sistema de familias.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

1. Pregunta de investigación.

En el Centro de Salud de Espinardo del Área de Salud I del Servicio Murciano de Salud en la Región de Murcia, ¿influye la percepción parental en la obesidad infantil en los escolares con edades comprendidas entre 5 y 9 años?

2. Pregunta en formato PICO.

P	I	C	O
<i>Población</i>	<i>Intervención</i>	<i>Comparación</i>	<i>Resultados esperados</i>
Progenitores de los niños escolares con edades comprendidas entre los 5 y los 9 años del Centro de Salud Espinardo.	Hábitos saludables en el ámbito familiar funcional o no funcional	-	Influencia de la percepción parental en la obesidad infantil.
DESCRIPTORES/TÉRMINOS LIBRES			

Padres/ Parents	Percepción parental/ Parental perception.		Obesidad pediátrica/ Pediatric obesity
Atención primaria/Primary Health Care	Estilo de vida saludable/Healthy Lifestyle.		Obesidad infantil/ Childhood Obesity
	Familia disfuncional/disfuncional family. Familia funcional/funcional family.		

3. Antecedentes y estado actual del tema.

La obesidad infantil es definida por la Organización Mundial de la salud (OMS) como *la acumulación excesiva o anormal del tejido adiposo que puede convertirse en un problema para la salud*. Es, en sí misma, una condición que suele cronificar y evoluciona en el tiempo, llegando a ocasionar un gran impacto en la salud a corto, medio y largo plazo a nivel psicosocial, cardiovascular e incluso provocando modificaciones en el metabolismo, favoreciendo el desarrollo de enfermedades, exponiendo a un alto riesgo de mortalidad precoz en la etapa adulta. (1–3)

TRABAJO FIN DE MÁSTER

La obesidad infantil es un problema de salud pública que va en aumento. Según la OMS, desde 1975 casi se ha triplicado la tasa de obesidad a nivel mundial. Ya en el 2016 encontrábamos que 41 millones de niños con una edad inferior a cinco años padecían sobrepeso u obesidad, y más de 340 millones de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 5 y los 19 años padecían esta condición, siendo prevenible en la gran mayoría de situaciones.(2). Consultando la base de datos en el Instituto Nacional de Estadística (INE), cuya última actualización fue en junio del año 2018, observamos que, en España, en la población de 2 a 17 años tenemos que el 28,56% presenta un exceso de peso, de los cuales, el 10,30% presenta obesidad y el 18,26 presenta sobrepeso. (4)

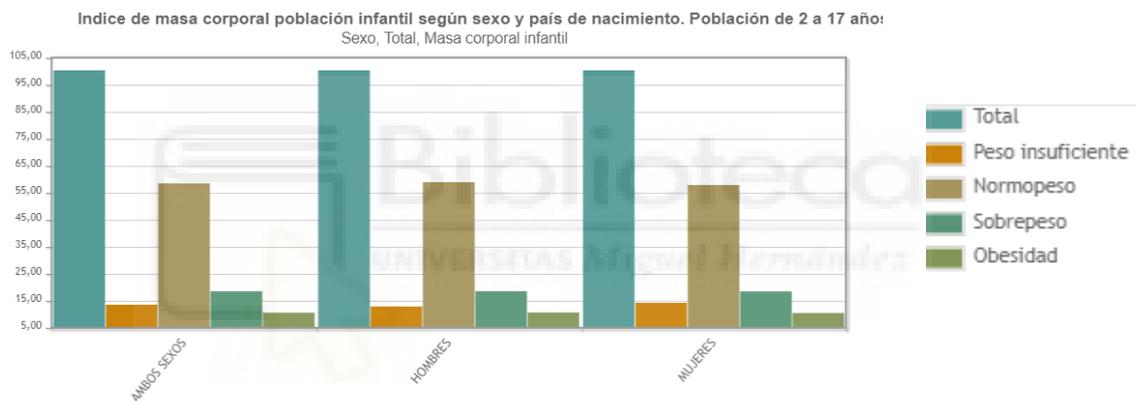


Figura 1. IMC de población infantil según sexo y país de nacimiento. Población de 2 a 17 años. (4)

Desglosado por comunidades autónomas dentro de España, del 10,30% que presenta obesidad en la población de 2 a 17 años, encontramos lo siguiente (Tabla 1). (5):

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Tabla 1.

Comunidades Autónomas y porcentaje de obesidad en población de 2 a 17 años.

CCAA	% OBESIDAD	CCAA	%OBESIDAD
Ceuta	17.97%	Islas baleares	10,04%
Región de Murcia	14.21%	La Rioja	8,29%
Cataluña	12.65%	Principado de Asturias	7,86%
Andalucía	12.48%	Comunidad de Madrid	7,51%
Comunidad Valenciana	11,98%	Galicia	6,18%
Melilla	11,51%	Castilla y León	5,60%
País Vasco	11.10%	Cantabria	2,55%
Canarias	10.38%	Aragón	2,54%
Extremadura	10.38%	Comunidad Foral de Navarra	1,44%
Castilla-La Mancha	10.14%		

Nota. Instituto Nacional de estadística. Índice de masa corporal población infantil según sexo y comunidad autónoma. Población de 2 a 17 años. (2018) (5)

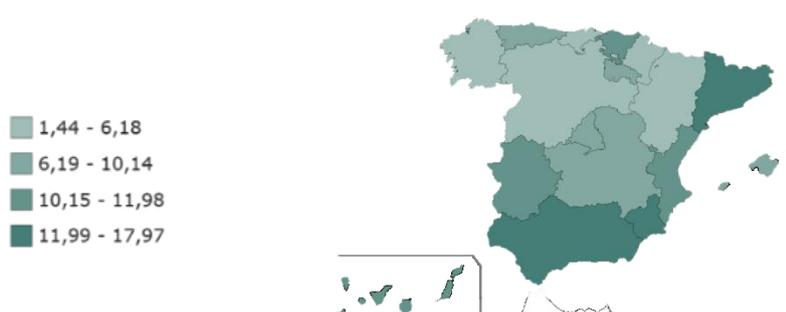


Figura 2. Mapa de comunidades autónomas y porcentaje de obesidad infantil en España. (5)

Si bien es cierto que la aparición de esta condición crónica se ve influida por factores genéticos y psicológicos, también es cierto que influyen factores ambientales, y, con un gran peso, los determinantes que se encuentran ligados a la evolución y al estilo de vida; por ello, el papel de los cuidadores principales

TRABAJO FIN DE MÁSTER

es de vital importancia ya que, el grado de implicación y conocimientos es básico para garantizar estilos de vida saludables (una alimentación equilibrada y adecuada, entre otros) posibilitando no solo la prevención de la obesidad y sus complicaciones, sino también de otras enfermedades.(1,6,7). Dentro de los factores comportamentales encontramos la percepción parental. Existen diversos estudios donde se ha expuesto la importancia de la percepción parental en el ámbito nutricional y, la gran mayoría, presentan en común que se tiende a subestimar el estado nutricional de los niños que presentan un exceso de peso. En una encuesta epidemiológica que se realizó sobre la percepción y hábitos de salud de las familias españolas en el ámbito de nutrición infantil, se sacaron las siguientes conclusiones (6):

- a) Los padres únicamente perciben que 1-2 niños de cada 10 presentan un peso anormalmente alto o bajo.
- b) Un 42,3% de los progenitores presenta una percepción equivocada del peso de sus hijos: un 22,6% piensa que pesa menos de lo que en realidad pesa. Además de ese porcentaje, un 13,1% no presenta conciencia sobre el exceso de masa grasa de su hijo o hija.
- c) La investigación pone de manifiesto que el 43,1% de los progenitores que declaran que el peso es inadecuado, no toma ninguna medida para solucionar el problema.
- d) La percepción errónea de la apariencia corporal de sus hijos e hijas limita la efectividad de las intervenciones que son destinadas a la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil.

Por otro lado, nos encontramos que los progenitores que han sido encuestados y cuya residencia es española, no se muestran concienciados en la necesidad de sentarse a comer en la mesa con sus hijos con el fin de enseñarles a alimentarse de forma correcta, ni la necesidad de consultar a un profesional de la salud a la hora de regular el peso de sus niños cuando perciben que este no es adecuado. Es importante recalcar también el elevado porcentaje de padres que no sabe reconocer cuando su hijo presenta un exceso de peso, debido a la tendencia de menospreciar el peso y supra-valorar la talla. En este

TRABAJO FIN DE MÁSTER

sentido, resulta también preocupante que uno de cada diez padres no considere necesario pedir consejo a ningún profesional de la salud sobre la nutrición de sus hijos (6). Circunstancias como las anteriormente descritas contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad en España, así como al de la prevalencia de sus enfermedades y complicaciones asociadas. En consecuencia, se hace necesario poner en marcha en nuestro ámbito más estrategias para mejorar la educación alimentaria en la población como vía de prevención, así como fomentar una adecuada rutina de sueño y actividad física. Gran parte de estas iniciativas deben estar dirigidas directamente hacia los progenitores, al igual que la puesta en marcha de actividades educativas en el entorno escolar. (6)

El papel de los profesionales en el ámbito familiar y comunitario es esencial, ya que se trata de un ambiente estratégico para promover la formación de equipos multisectoriales, realizar un mapeo de activos, realizar cambios en rutinas al igual que prevención y promoción de la salud, hacer seguimientos y proporcionar una adecuada educación para la salud a la persona, al entorno social y/o al entorno familiar, ya sea en la propia consulta de manera individual o en un ámbito grupal y/o comunitario con otras familias (8). Este ámbito se halla en una posición estratégica a la hora de abordar la obesidad infantil y poder realizar su prevención, así como para detectar si existe una alteración en la percepción parental e intervenir proporcionando a los progenitores estrategias para acudir a consultar cuando sea necesario. (8)

Dentro de la amplia gama de intervenciones que podemos realizar en relación con la familia, nos podemos basar en la teoría de sistemas familiares, donde nos enfocamos en la dinámica de la familia para influir en los comportamientos que se relacionan con el peso buscando cambios de mayor nivel dentro de este sistema. Aunque también es cierto que esta teoría no ha sido ampliamente aplicada o conceptualizada para el tratamiento de obesidad infantil debido a que los profesionales tienen poca claridad sobre cómo aplicarla en los encuentros clínicos.(9) (Anexo 3). Según la teoría de sistema de familias (TSF), las familias quedan organizadas en torno a rutinas, dinámicas y reglas que se van estableciendo a lo largo del tiempo, convirtiéndose esta organización

TRABAJO FIN DE MÁSTER

en un elemento clave para el tratamiento de la obesidad infantil. La TSF concibe a la familia como un sistema social que es continuo, abierto, que busca metas y que se autorregula, y presenta cuatro suposiciones básicas (9):

- Los elementos del sistema están interconectados.
- Los sistemas se ven mejor como un todo.
- El entorno interactúa con el sistema en un circuito de retroalimentación.
- El sistema es un modelo heurístico (es decir, que lo utilizamos para identificar problemas comunes para que dichos problemas se puedan resolver) que se utiliza para comprender, y no es la realidad.

Dentro del gran sistema que es la familia en sí mismo, existen subsistemas basados en las relaciones (padre-hijo, hermanos, cónyuge...). Las familias buscan mantener el equilibrio por lo que necesitan recursos para esa adaptación y cambio, existiendo reglas familiares. El principio que puede ser más importante para describir esos comportamientos son el cambio de primer orden (cómo la familia recibe la información del entorno) y los cambios de segundo orden (requiere que se reorganicen reglas y rutinas para realizar cambios duraderos de primer orden y en el entorno familiar general). En relación a la obesidad en la infancia, la TSF busca influir en el funcionamiento general de la familia y busca un cambio de comportamiento individual a largo plazo (9). Respecto a las características en la organización de las familias en relación a los comportamientos relacionados con el peso saludables y no saludables podrían organizarse de la siguiente manera(9):

TRABAJO FIN DE MÁSTER
Tabla 2.

Comportamientos no saludables y saludables relacionados con el peso.

Característica	No saludable	Saludable
<i>Preparación comida</i>	Hecho individualmente, participación familiar limitada	Participa toda la familia
<i>Comidas familiares</i>	Limitado, no programado	Frecuente y programado
<i>Comidas fuera de casa</i>	Frecuente	Limitado
<i>Actividad física</i>	Participación familiar limitada y se realiza individual	Participa toda la familia.
<i>Tiempo de pantalla</i>	No limitados, no reglas de uso	Reglas claras, límites de uso.
<i>Mensajes comunicados</i>	Forma, peso, tamaño.	Mensajes de salud.
<i>Dormir</i>	No limitados, no hay reglas.	Rutinas claras, existen reglas.

Nota. Pratt KJ, Skelton JA. Family Functioning and Childhood Obesity Treatment: A Family Systems Theory-Informed Approach. Academia de Pediatría (2018).

En un estudio llevado a cabo en el ámbito de atención primaria pediátrica con una muestra de 400 personas, evaluaron las asociaciones que existen entre el funcionamiento familiar y el peso de los jóvenes. Concluyeron que los padres que informaban de un funcionamiento familiar deteriorado también informaban que sus hijos tenían un IMC más alto en comparación con aquellas familias que informaron de un funcionamiento familiar saludable (10). Si bien es cierto que, a día de hoy se evalúa con menos frecuencia el funcionamiento familiar en el tratamiento de la obesidad en la infancia, existe una revisión sistemática del año 2014 donde analizaron 17 estudios que evaluaron la relación entre el exceso de peso y el funcionamiento familiar, de los cuales, doce expusieron asociaciones significativas entre el deterioro del funcionamiento familiar y el riesgo de padecer sobrepeso/obesidad en la infancia. En este estudio se informó que las personas con un funcionamiento familiar más alto y unas relaciones familiares positivas tenían comportamientos en relación con el peso más saludables (11).

TRABAJO FIN DE MÁSTER

En la actualidad son necesarios más estudios que expongan cómo afecta la percepción parental en la obesidad infantil y cómo influye el funcionamiento familiar en el peso de los hijos con la finalidad de realizar intervenciones específicas e individualizadas en cada miembro de la familia y en la familia como sistema.

4. Justificación del estudio.

La obesidad infantil es una condición crónica prevenible que va en aumento y puede ocasionar problemas en la salud a corto, medio y largo plazo. Se ha demostrado que no se valora en la actualidad la importancia de la percepción parental hacia el peso de sus hijos, teniendo ésta, según estudios recientes de carácter nacional e internacional, gran influencia en la masa corporal. La última evidencia publicada muestra, además, la urgencia real de continuar desarrollando programas de salud y estrategias para prevenir esta condición crónica, siendo fundamental la actuación desde el ámbito familiar y comunitario.

En relación al funcionamiento familiar, esencialmente no existe información sobre cómo podría cambiar el funcionamiento de la familia durante el curso del tratamiento ni los estudios han evaluado el efecto de intervenir en el funcionamiento familiar, para que estos existan en mayor abundancia debemos conocer en primer lugar si un funcionamiento disfuncional familiar afecta en el peso.

Por todo ello, consideramos necesario valorar la influencia de la percepción parental sobre el peso del niño en la Región de Murcia, tomando como referencia la muestra de un centro de salud del Área 1, concretamente el de Espinardo. Además, evaluar si la dinámica familiar funcional o no funcional interfiere en el peso de los hijos podría ser clave para prevenir y tratar el exceso de peso antes de la etapa adulta buscando un cambio de segundo orden.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

5. Hipótesis

La percepción parental de los progenitores de los niños con edades comprendidas entre 5 y 9 años que pertenecen al Centro de Salud de Espinardo influye en la obesidad infantil.

6. Objetivos de la investigación.

Objetivos generales.

- Conocer la influencia de la percepción parental en el peso de sus hijos cuya edad se encuentre comprendida entre los 5 años y los 9 años.

Objetivos específicos.

- Conocer la relación de la percepción parental del peso del escolar con el índice de masa corporal de sus progenitores.
- Conocer la relación de la percepción parental del peso del escolar con la autopercepción de los progenitores.
- Conocer la relación de la percepción parental del peso del escolar con el sexo de los progenitores.
- Conocer la relación de la percepción parental del peso del escolar con el sexo del escolar.
- Analizar la relación que existe entre el peso del escolar con la funcionalidad familiar basada en la teoría familiar de sistemas.

7. Materiales y métodos.

A. *Diseño de estudio.*

Para realizar el presente estudio se ha escogido de tipo descriptivo el diseño transversal.

B. *Población diana y población a estudio.*

La población diana y a estudio son los progenitores de la población pediátrica en edades comprendidas entre los 5 años y los 9 años del Área de Salud 1 del Servicio Murciano de Salud. Con base en el padrón municipal y la base de datos de usuarios del Servicio Murciano de salud, en el Centro de Salud Espinardo

TRABAJO FIN DE MÁSTER

tenemos un total de 1681 escolares que tienen entre 5 y 9 años, de los cuales 798 son del sexo femenino y 883 son del sexo masculino.

C. Criterios de inclusión y exclusión.

A continuación, se enumeran los diferentes criterios de selección de la población a estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.
<p>Progenitor que se encarga de manera principal del cuidado de su hijo/a que tenga entre 5 y 9 años, ambos incluidos y tenga como referencia el Centro de Salud de Espinardo.</p> <p>Aceptar su participación dentro del estudio tras una explicación y lectura de la hoja informativa y tras firmar el consentimiento informado.</p>	<p>Progenitores de los hijos que no deseen participar en el estudio y/o no firme el consentimiento informado.</p> <p>Progenitor que no se encarguen de manera principal del cuidado de su hijo/a</p> <p>Progenitor cuyo hijo/a tenga menos de 5 años o más de 9 años.</p>

D. Cálculo del tamaño de la muestra.

Se ha utilizado una hoja de cálculo de tamaño muestral de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña para calcular el tamaño de la muestra imprescindible para realizar el presente estudio. Para que el tamaño muestral sea representativo, se ha seleccionado un intervalo de confianza del 95%, una proporción del 5% y una precisión del 3%. Tras introducir estos límites hemos obtenido un tamaño muestral de 181 personas. Teniendo en cuenta las pérdidas que podemos sufrir durante la realización de estudio, se ha decidido aumentar un 15% la muestra, por lo que el tamaño muestral final es de 213 personas.

E. Método de muestreo.

El método de muestreo será aleatorio simple. Se obtendrá, del servicio de Tarjeta Sanitaria, el listado completo por orden alfabético de los apellidos y agrupados en sexo de las 1681 personas que tienen entre 5 y 9 años. Se utilizará

TRABAJO FIN DE MÁSTER

una constante $k=7$ para obtener la muestra total. Se invitará a participar a todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión y no los de exclusión.

Tras obtener la muestra, se codificará su identificación respetando siempre la confidencialidad y se seguirá la metodología planteada para la recogida de datos.

F. Método de recogida de datos.

Se realizará contacto telefónico con los participantes, se explicará la finalidad del estudio y una breve descripción de este, se comprobará que cumplan los requisitos de inclusión y exclusión determinados en el estudio y se le ofrecerá participar en éste. Para reforzar la información que hemos ofrecido, se enviará un correo electrónico con la información más detallada y el consentimiento informado que van a firmar y cumplimentar en consulta. A aquellas personas que no dispongan de correo electrónico se citará con mayor tiempo para poder resolver dudas que hayan surgido e, incluso, se ofrecerá la posibilidad de entregar la hoja físicamente para que pueda leerla en el domicilio y llamaremos a los 7 días hábiles con la finalidad de comprobar si desea participar en el estudio. Se solicitará al Centro de Salud de Espinardo una consulta para poder recoger los datos y una báscula con tallímetro. Se concertará una entrevista, de una hora y media de duración, por la tarde con la enfermera que obtendrá y registrará los siguientes datos (Anexo 5 y 7):

- Edad. La obtenemos desde el servicio de tarjeta sanitaria.
- Sexo biológico. Hombre/Mujer.
- Altura. Recogida en centímetros y se utilizará para medir a la persona un tallímetro incorporado en la báscula que se usará para medir el peso. Se solicitará a los participantes (progenitores e hijos) que se descalcen.
- Peso. Recogido en kilogramos y se utilizará una báscula que llevará incorporada un tallímetro. Se solicitará a los participantes (progenitores e hijos) que acudan con la ropa más ligera que tengan, vaciando bolsillos antes de pesar.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

- Percepción parental. Mediremos tanto autopercepción como percepción que tienen de su hijo/a. También se solicitará que seleccionen la figura que consideran más saludable tanto para adulto como para su hijo/a. Se utilizará la escala Collins como instrumento de medida.
- Nivel de estudios del progenitor que acude: Sin estudios oficiales, estudios primarios, Enseñanza General Secundaria (ESO)/Formación Profesional Medio (FP medio), Bachiller/FP Superior, Estudios universitarios o superiores y otros.
- Nivel de ingresos totales en el domicilio, valorado según la OCDE en 3 niveles: Menos de 12.000€/año o menos de 950€/mes; entre 12.000-30.000€/año o entre 950-2532€/mes; más de 30.000€/año o más de 2532€/mes.
- Evaluación del funcionamiento familiar. Se recogerá realizando un genograma familiar y anotando los datos en esta herramienta relacionados con la edad, ocupación laboral, peso y notas específicas que queramos destacar en relación a los éxitos o fracasos de los intentos anteriores relacionados con el peso. Como escala para valorar el funcionamiento familiar utilizaremos el *McMaster Family Assessment Device (FAD)*, que consta de 60 ítems y 7 escalas que evalúan el funcionamiento familiar empleando una escala Likert de 1 a 4. Contestará 1 si se encuentra fuertemente de acuerdo, 2 si se encuentra de acuerdo, 3 si se encuentra en desacuerdo y 4 si se encuentra fuertemente en desacuerdo (Anexo 2). De entro de esta escala tenemos las 7 categorías, a la hora de registrar el cuestionario lo subdividiremos en categorías, si encontramos afectación en alguna categoría lo transcribiremos como 1, si no existe afectación en la categoría lo transcribiremos como un 2).

Tras la entrevista, quedaremos a disponibilidad de los participantes para resolver dudas en un futuro o, si en algún momento lo desean, para revocar el consentimiento.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Para poder registrar a los participantes crearemos una identificación que serán las iniciales de sus apellidos y nombre y la fecha de nacimiento del hijo/a (por ejemplo, la identificación en nuestra base de datos de un nombre ficticio como Lydia Serna Jiménez nacida el 18 de agosto de 2015 sería: *SJL180815*).

G. Variables.

A continuación, quedan enumeradas y definidas las variables del estudio:

Las variables independientes a medir son:

- Edad. Variable cuantitativa continua. La obtenemos desde el servicio de tarjeta sanitaria. Se mide en años.
- Sexo biológico. Variable cualitativa nominal dicotómica. Hombre/Mujer.
- Altura. Variable cuantitativa continua. Recogida en metros y se utilizará para medir a la persona un tallímetro incorporado en la báscula que se usará para medir el peso. Se solicitará a los participantes que se descalcen.
- Peso. Variable cuantitativa continua. Recogido en kilogramos y se utilizará una báscula que llevará incorporada un tallímetro. Se solicitará a los participantes que acudan con la ropa más ligera que tengan, vaciando bolsillos antes de pesar.

Las variables dependientes a medir son:

- Percepción parental. Variable cualitativa nominal. Mediremos tanto autopercepción como percepción que tienen de su hijo/a. También se solicitará que seleccionen la figura que consideran más saludable tanto para adulto como para su hijo/a. Se utilizará la escala Collins como instrumento de medida.
- Nivel de estudios del progenitor que acude: Cualitativa nominal. Sin estudios oficiales, estudios primarios, Enseñanza General Secundaria (ESO)/Formación Profesional Medio (FP medio), Bachiller/FP Superior, Estudios universitarios o superiores y otros.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

- Nivel de ingresos totales en el domicilio, valorado según la OCDE en 3 niveles: Variable cualitativa ordinal. Menos de 12.000€/año o menos de 950€/mes; entre 12.000€/año o entre 950-2532€/mes; más de 30.000€/año o más de 2532€/mes.
- Funcionamiento familiar. Se aplicará la escala FAD. Cualitativa nominal.

H. Descripción de la intervención.

La recogida de datos se realizará de manera presencial recogiendo información relacionada con datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal) de los niños y de sus progenitores, el sexo de ambos, el nivel educativo de los progenitores y el nivel económico de la unidad familiar.

Se administrará la escala Collins al progenitor y se valorará si coincide la figura con los datos antropométricos. Se utiliza dicha escala en preescolares y en sus progenitores debido a que un estudio desarrollado con progenitores expertos demostró una alta correlación en la validez de constructo y una adecuada fiabilidad, obteniendo un nivel de concordancia más alto entre los expertos con las figuras relacionadas con exceso de peso, siendo lo más recomendable utilizarlo a partir de los 5 años de edad. La escala Collins en adultos tiene una relación traducida del inglés donde se relaciona la silueta y el IMC, relacionando las siluetas con percentiles e IMC. (Anexo 1).

En último lugar se pasará el cuestionario FAD y, una vez contestado, se valorará en qué subescala/categoría están fallando. A continuación, se registrará la información recogida en la base de datos utilizada para el estudio de investigación. (Anexo 7).

I. Estrategia de análisis estadístico.

Los datos recogidos serán almacenados en la base de datos de Excel, cuyo documento se exportará al programa estadístico SPSS con todos los datos obtenidos codificados.

Para analizar los datos que hemos obtenido en la entrevista clínica, se han descrito a través del análisis descriptivo e inferencial, utilizando los porcentajes

TRABAJO FIN DE MÁSTER

para variables de tipo cuantitativa y las medidas de centralización y de dispersión para las variables cualitativas.

Para comprobar si existe relación entre la percepción parental del peso del escolar con el índice de masa corporal de sus progenitores, entre la percepción parental del peso del niño con la autopercepción de los progenitores, entre la percepción parental del peso del escolar con el sexo de los progenitores, entre la percepción parental del peso del escolar con el sexo del escolar y si concurre relación entre el peso del escolar con la funcionalidad familiar basada en la teoría familiar de sistemas, analizaremos si existe una diferencia de medias, observando si presenta o no una diferencia estadística significativa con un intervalo de confianza al 95%

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

Si se confirma la hipótesis y la percepción parental sí influye sobre la obesidad infantil, nos puede orientar en nuevas intervenciones que se pueden realizar en consulta, no solo para prevenir la aparición de esta condición crónica, sino también para prevenir complicaciones y puede abordarla de una manera más específica.

Además, conocer si existe relación del peso del infante con el índice de masa corporal de sus progenitores, con la autopercepción de los progenitores, con el sexo del infante, con el sexo de los progenitores y con la funcionalidad familiar basada en la teoría familiar de sistemas nos permitirá crear intervenciones específicas para abordar aquellos puntos que sean de riesgo o que actualmente estén alterados y nos permitirá también reforzar aquellos factores protectores o beneficiosos para evitar la aparición de esta condición.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

La estrategia de búsqueda bibliográfica que se ha realizado para el desarrollo de este proyecto de investigación, se ha llevado a cabo mediante la utilización de diversos recursos disponibles de manera electrónica.

En primer lugar, se han consultados los descriptores de ciencias de la salud/Medical Subject Headings (DeCS/MESH) y se han seleccionados los

TRABAJO FIN DE MÁSTER

siguientes: Padres/ Parents, Atención primaria/Primary Health Care, Percepción parental/ Parental perception. Obesidad pediátrica/ Pediatric obesity, Obesidad infantil/ Childhood Obesity, Estilo de vida saludable/Healthy Lifestyle, Familia disfuncional/Disfunctional family, Familia funcional/Functional family.

A continuación, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en el sumario de evidencia UptoDate y se ha revidado la última evidencia, aplicando un filtro de publicación en los últimos cinco años, en distintas bases de datos: Pubmed, Cochrane y Science Direct. También se han consultado páginas web oficiales de la Organización Mundial de la Salud, del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, del Instituto Nacional de Estadística de España.

Los operadores booleanos empleados en la estrategia de búsqueda han sido “AND”, “OR” y “NOT” con los modificadores de búsqueda de comillas (“ ”) y paréntesis. Los límites de búsqueda marcados han sido publicaciones redactadas en inglés y español en los últimos 5 años. La búsqueda se ha tenido que ampliar en años para encontrar publicaciones sobre la relación de la familia y la obesidad/sobrepeso. También se ha ampliado la búsqueda para encontrar la escala *McMaster Family Assessment Device* (FAD) en español.

10. Limitaciones y posibles sesgos.

Como fortaleza encontramos que, dependiendo de los resultados, podemos aplicar, en nuestra práctica diaria, los resultados, realizando un abordaje de la obesidad infantil más específico y completo. La limitación principal que nos podemos encontrar a la hora de llevar a cabo el proyecto de investigación es el nivel de participación, pudiendo encontrarnos afectada la representatividad de la muestra si no captamos una muestra necesaria. Para solventar esta posible limitación hemos decidido aumentar el tamaño muestral un 15%.

Respecto a los posibles sesgos que podemos encontrar, hemos seleccionado un nivel de confianza al 95% tras analizar el error aleatorio a través de la observación de la amplitud del rango de los intervalos de confianza. Otro posible sesgo que podemos encontrar es el error de cálculo, que paliaremos comprobando con precisión el análisis estadístico. A la hora de recoger los datos,

TRABAJO FIN DE MÁSTER

podemos encontrarnos un sesgo de procedimiento. Para evitarlo, emplearemos una hora y media por persona, calculando que, de promedio, se tarda 45 minutos en rellenar el formulario y contestar a las preguntas de la escala. Dejar este tiempo permite cerciorarnos que van a tener el tiempo suficiente durante la entrevista para no verse obligados a contestar de manera rápida. En la entrevista, cuando deban contestar preguntas, se emplearán preguntas cerradas.

Con la finalidad de evitar el sesgo de redacción en encuestas, estableceremos preguntas y respuestas cortas, sencillas y precisas, redactadas de manera neutral y se evitarán preguntas capciosas. Para evitar el sesgo de medición, se administrarán escalas validadas como la escala Collins y la *McMaster Family Assessment Device* (FAD) debido a que están validadas y miden lo que queremos medir y es sencilla tanto a la comprensión como a la administración.

11. Aspectos éticos.

Es necesario que, para participar, las personas cumplimenten el consentimiento informado donde expresan estar de acuerdo en la participación al estudio. Previo a ser llevado a cabo, se presentará el proyecto al comité de ética del Área I del Servicio Murciano de Salud, ubicado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca para que sea aprobado, proporcionando su visto bueno para ser llevado a cabo. Este estudio garantiza que se siguen las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y se respeta la Ley 3/2018 de 11 de junio por la que se modifica la Ley 23/2014 de 20 de noviembre, de reconocimiento mutuo de resoluciones penales en la Unión Europea, para regular la Orden Europea de Investigación. También se solicitará la autorización del gerente de esta misma Área de Salud.

Asimismo, durante el desarrollo del proyecto, la protección, confidencialidad de los datos y la intimidad de los participantes está garantizada.

Se le solicitará un Código a la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.

Para organizar el presente estudio, se ha estructurado en las siguientes fases. (Anexo 4).

a) *Primera fase.*

Se realiza solicitud del aval y visto bueno a la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández y al Comité Ético de Investigación Clínica del Área I de Salud Murcia Oeste del Servicio Murciano de Salud; solicitud de permiso al Gerente del Área I de Salud Murcia Oeste del Servicio Murciano de salud; y exhibición del proyecto de investigación al coordinador del Centro de Salud de Espinardo para su aceptación y exposición al equipo interdisciplinar del Centro de Salud Espinardo.

b) *Segunda fase.*

Se realiza captación de la muestra a estudio mediante un muestreo aleatorio simple. Se realizará mediante contacto telefónico; envío mediante correo electrónico a aquellos participantes que han dado su consentimiento tras contacto telefónico y cita presencial a aquellos que así lo deseen con la finalidad de explicar el consentimiento informado y que lo traigan firmado el día acordado para la entrevista; y entrevista presencial para recogida de datos.

c) *Tercera fase.*

Se realiza análisis y evaluación de los datos obtenidos; se elaboran las conclusiones obtenidas; y se publica el estudio en Open-Access.

13. Personal que participará en el estudio y responsabilidad.

El personal implicado en el desarrollo de este proyecto está compuesto por un equipo interdisciplinar de personal de enfermería especialistas en familia y comunitaria y/o pediatría y personal médico especialista en familia y comunitaria y/o pediatría que captarán y realizarán la entrevista a los participantes. Concretamente, contaremos con cuatro especialistas: una enfermera especialista en familia y comunitaria, un médico especialista en

TRABAJO FIN DE MÁSTER

familia y comunitaria, un médico especialista en pediatría y una enfermera especialista en pediatría.

El análisis de los datos que hemos recogido será responsabilidad de un graduado en estadística.

14. Instalaciones e instrumentación.

Las consultas del centro de salud de enfermería y de medicina serán empleadas tanto para la captación de participantes, así como para explicar el consentimiento informado de manera presencial a aquellas personas que lo precisen y para realizar la entrevista.

Los materiales necesarios son: Formulario administrado para recogida de datos, bolígrafos, tallímetro, báscula, ordenador para registro de datos.

15. Presupuesto.

Para implementar el proyecto propuesto, llevando así a cabo el estudio de investigación se ha estimado que serán necesarios recursos económicos que aparecen en la siguiente tabla. En ella queda diferenciado entre presupuesto y coste real. El coste real es el coste que tendría para nosotros como equipo investigador si el Servicio Murciano de Salud no hubiese permitido utilizar su material, equipamiento, personal y consultas para poder llevarlo a cabo. El presupuesto es aquel que nosotros necesitamos disponer como recurso económico real para poder llevar a cabo el estudio y que afecta directamente en efectos monetarios al equipo investigador.

Tabla 3.

Presupuestos por recursos.

Recursos Materiales	Presupuesto	Coste real
Ordenador.	0€*	630€
Imprimir cuestionarios	42,68€	42,68€
Báscula con tallímetro.	0€ *	355€

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Cuestionarios (paquetes de folios A4 de 500 unidades).	24€	24€
Bolígrafos (caja de 100 unidades)	26,50€	26,50€
Teléfono con línea.	0€*	70€ teléfono + 19€ línea

Recursos Humanos.	Presupuesto	Coste real
Médico familiar y comunitario.	0€*	28€/hora
Enfermera familiar y comunitaria.	0€*	28€/hora
Médico pediatra.	0€*	28€/hora
Enfermera pediátrica.	0€*	28€/hora
Graduado en estadística.	0€*	693€

Publicación de resultados del proyecto.	Presupuesto
Publicación del proyecto en Open-Access	1672€

	Presupuesto	Coste real
TOTAL	1765,18€	15460€

Nota: *Asumido por el Servicio Murciano de Salud. Elaboración propia.

El coste real por sanitario se ha calculado teniendo en cuenta que ambos médicos y la enfermera especialista en pediatría se citarán a 53 pacientes cada uno y la enfermera especialista en familia y comunitaria se citará a 54 pacientes. Se dedicará una hora y media por cita de manera presencial y media hora de cita telefónica (un total de dos horas por persona del estudio) siguiendo los tiempos expuestos en el cronograma. Al calcular los costes totales previamente al acuerdo con el Servicio Murciano de Salud, nos saldría una suma total de 15460€. Tras llegar a un acuerdo con el Servicio Murciano de Salud y solicitar la colaboración de personas contratadas por este organismo para el estudio durante la jornada laboral, así como el uso del teléfono, la báscula con tallímetro y el ordenador cedidos por el Servicio Murciano de Salud, nos reduce el

TRABAJO FIN DE MÁSTER

presupuesto de 15460€ a 1765,18€, asumiendo ellos como organismo el resto del gasto.



TRABAJO FIN DE MÁSTER

16. Bibliografía.

1. Schlienger JL. Dietética en la práctica médica. 2.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2018. 424 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. WHO.INT. 2021 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C, Valenzuela Á, et al. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? Rev Médica Chile. abril de 2019;147(4):470-4.
4. Instituto Nacional de estadística. Índice de masa corporal población infantil según sexo y país de nacimiento. Población de 2 a 17 años. [Internet]. INE. 2018 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p03/&file=01010.px>
5. Instituto Nacional de estadística. Índice de masa corporal población infantil según sexo y comunidad autónoma. Población de 2 a 17 años. [Internet]. INE. 2018 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p06/&file=01011.px>
6. Nazar G, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Labraña AM, Ramírez-Alarcón K, et al. Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. Rev Chil Nutr. agosto de 2020;47(4):669-76.
7. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC, Cvetkovic-Vega A, et al. Estudios transversales. Rev Fac Med Humana. enero de 2021;21(1):179-85.
8. Ochoa J, Yunkor Y. El estudio descriptivo en la investigación científica. ACTA Juríd Peru [Internet]. 2019 [citado 7 de marzo de 2022];2(2). Disponible en: <http://201.234.119.250/index.php/AJP/article/view/224>

TRABAJO FIN DE MÁSTER

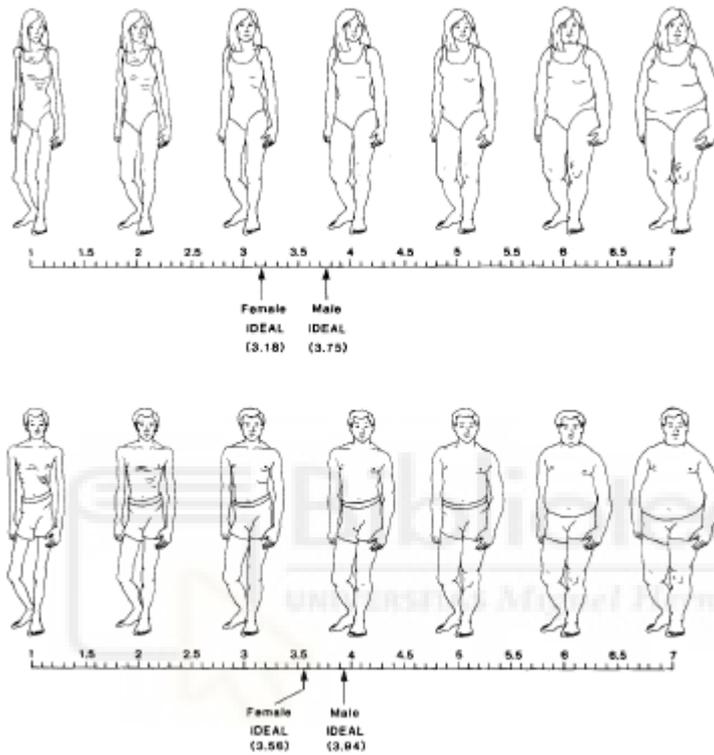
9. Pratt KJ, Skelton JA. Family Functioning and Childhood Obesity Treatment: A Family Systems Theory-Informed Approach. *Acad Pediatr.* agosto de 2018;18(6):620-7.
10. Van Fossen CA, Pratt KJ, Murray R, Skelton JA. Family Functioning in Pediatric Primary Care Patients. *Clin Pediatr (Phila).* noviembre de 2018;57(13):1549-57.
11. Halliday JA, Palma CL, Mellor D, Green J, Renzaho AMN. The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *Int J Obes* 2005. abril de 2014;38(4):480-93.
12. Barroilhet S, Adrian CP, Cervera-Enguix S, Forjaz MJ, Guillen-Grima F. A Spanish version of the Family Assessment Device. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 de diciembre de 2009;44:1051-65.



TRABAJO FIN DE MÁSTER

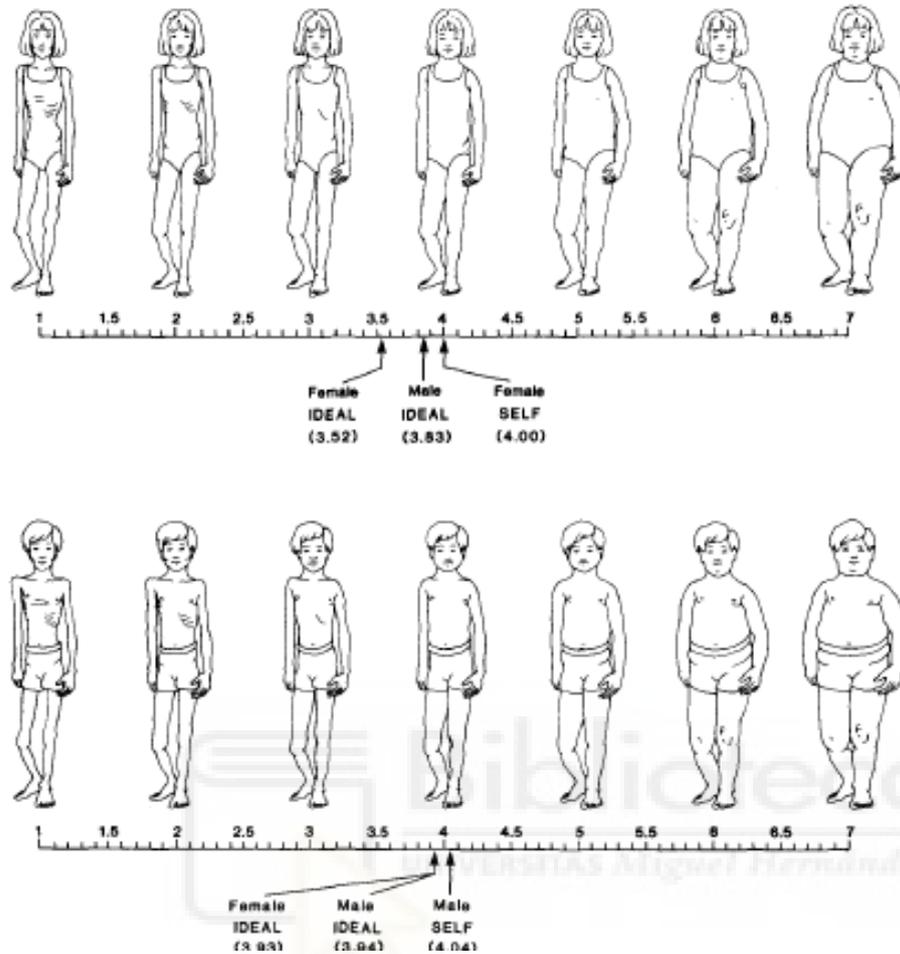
17. Anexos.

Anexo 1. Escala Collins.



SILUETA	1	2	3	4	5	6	7
IMC en kg/m²	<17	17-18,5	18,5- 21,7	21,7- 24,9	25- 29,9	30-40	>40

TRABAJO FIN DE MÁSTER



SILUETA	1	2	3	4	5	6	7
IMC en kg/m²	<11,5	11,5- 12,8	12,8- 14,9	14,9-17	17- 19,2	19,2- 22,1	>22,1

Anexo 2. McMaster Family Assessment Device (FAD) en español.(12)

Las preguntas corresponden a una categoría concreta (consideradas como subescalas).

Categoría	Preguntas que corresponden.
<i>Solución de problemas</i>	12, 24, 38, 50, 60
<i>Comunicación</i>	3, 14, 18, 43, 52, 59
<i>Roles</i>	4, 10, 15, 23, 34, 40, 45, 53
<i>Respuesta afectiva</i>	9, 19, 28, 39, 49, 57

TRABAJO FIN DE MÁSTER

<i>Implicación afectiva</i>	5, 13, 25, 33, 37, 42, 54
<i>Control de comportamiento</i>	7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55.
<i>Funcionamiento general.</i>	1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56

1. Es difícil planear actividades en la familia porque no nos entendemos bien.
2. Resolvemos casi todos los problemas cotidianos del hogar.
3. Cuando alguien está molesto, los demás saben por qué
4. Cuando se le pide a uno que haga algo, es necesario comprobar que lo haya hecho.
5. Si alguien tiene problemas, los demás se involucran demasiado.
6. En tiempo de crisis podemos contar con el apoyo de los demás.
7. No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia.
8. A veces se nos acaban las cosas que necesitamos.
9. Somos reacios a demostrar el afecto que sentimos los unos por los otros.
10. Nos aseguramos que los miembros de la familia cumplen con sus responsabilidades familiares.
11. No podemos hablar entre nosotros de la tristeza que sentimos.
12. Normalmente actuamos según las decisiones que hemos tomado respecto a los problemas que surgen.
13. Los demás se interesan por ti solamente cuando es importante para ellos.
14. No se puede saber cómo se siente una persona según lo que dice.
15. Las tareas de la familia no están lo suficientemente repartidas.
16. Cada uno es aceptado por lo que es.
17. Es fácil no hacer lo que se debe y salir impune.
18. La gente dice las cosas abiertamente, sin rodeos.
19. Algunos de nosotros no somos muy emotivos en nuestras respuestas.
20. Sabemos lo que hay que hacer en caso de una emergencia.
21. Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.
22. Nos es difícil hablar entre nosotros de sentimientos de afecto.
23. Nos cuesta trabajo realizar nuestros pagos.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

24. Después de tratar de resolver un problema, por lo general nuestra familia discute si la solución fue buena o no.
25. Somos demasiados egocéntricos.
26. Podemos expresar nuestros sentimientos los unos hacia los otros.
27. No tenemos claro qué se espera en cuanto al aseo personal.
28. No mostramos el amor que sentimos los unos por los otros.
29. Hablamos con las personas de nuestra familia directamente, sin intermediarios.
30. Cada uno de nosotros tiene unos deberes y responsabilidades específicos.
31. Hay muchos malos sentimientos en la familia.
32. Sabemos qué está bien o mal en cuanto a pegar a los demás.
33. Solamente nos interesamos por los demás cuando se trata de algo que nos interesa personalmente.
34. Tenemos poco tiempo para dedicar a intereses personales.
35. Muchas veces no decimos lo que queremos decir.
36. Sentimos que somos aceptados por lo que somos.
37. Mostramos interés por los otros cuando nos es ventajoso personalmente.
38. Resolvemos casi todos los problemas emocionales que surgen.
39. El afecto es secundario con relación a otras cosas en nuestra familia.
40. Hablamos sobre quién ha de hacer las tareas en la familia.
41. El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.
42. En nuestra familia los unos se interesan por los otros sólo cuando les es ventajoso.
43. Somos francos los unos con los otros.
44. No nos comportamos según lo establecidos.
45. Si se le pide a alguien que haga algo, hay que recordárselo.
46. Somos capaces de decidir cómo resolver los problemas.
47. Si no hacemos lo que debemos, no sabemos qué puede pasar.
48. En nuestra familia cualquier cosa se permite.
49. Expresamos afecto.

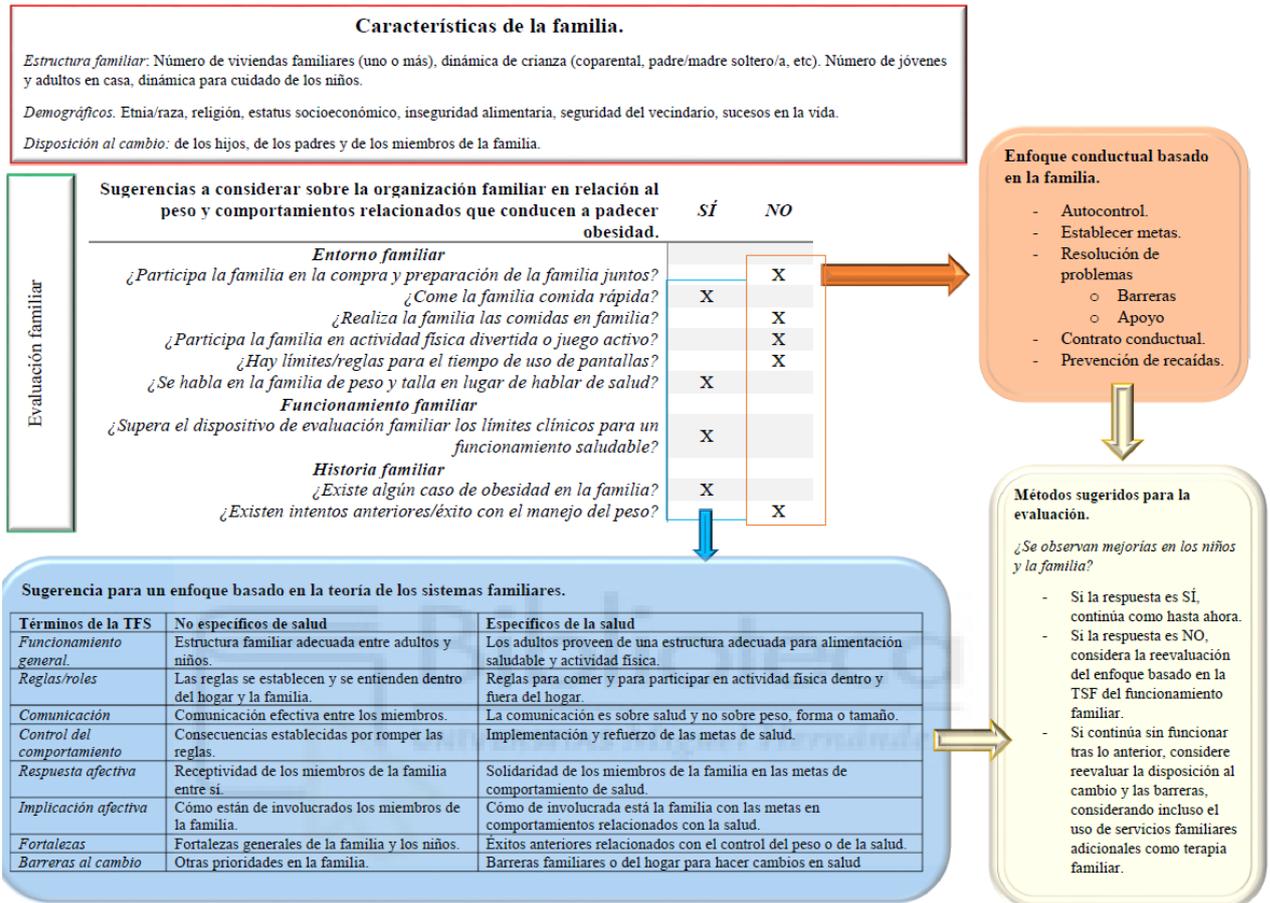
TRABAJO FIN DE MÁSTER

50. Nos enfrentamos a los problemas relacionados con nuestros sentimientos.
51. No nos llevamos bien.
52. No nos hablamos cuando estamos enfadados.
53. Por lo general estamos descontentos con las tareas de la casa que se nos han dado.
54. Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.
55. Sabemos qué está bien o mal con respecto a las situaciones peligrosas.
56. No hablamos en confianza.
57. Lloramos abiertamente.
58. No tenemos acceso a un medio de transporte adecuado.
59. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.
60. Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver problemas.



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Anexo 3. Algoritmo sugerido por Pratt et al para el uso de la TSF en familias basado en el tratamiento de la obesidad infantil.



Elaboración propia, fuente (9)

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Anexo 4. Cronograma de actividades.

	SEPTIEMBRE 2023	OCTUBRE 2023	NOVIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2023.
FASE 1				
Solicitud del aval y visto bueno al Comité Ético de Investigación Clínica del Área I de Salud Murcia Oeste del Servicio Murciano de Salud				
Solicitud de permiso al Gerente del Área I de Salud Murcia Oeste del Servicio Murciano de salud				
Exhibición del proyecto de investigación al coordinador del Centro de Salud de Espinardo para su aceptación y exposición al equipo interdisciplinar del Centro de Salud Espinardo				
FASE 2				
Captación de la muestra a estudio mediante un muestreo aleatorio simple. Se realizará mediante contacto telefónico				

TRABAJO FIN DE MÁSTER

	DICIEMBRE 2023	ENERO 2024	FEBRERO 2024	MARZO 2024	ABRIL 2024	MAYO 2024
FASE 2						
Envío mediante correo electrónico a aquellos participantes que han dado su consentimiento tras contacto telefónico y cita presencial a aquellos que así lo deseen con la finalidad de explicar el consentimiento informado y que lo traigan firmado el día acordado para la entrevista						
Entrevista presencial para recogida de datos						

TRABAJO FIN DE MÁSTER

	JUNIO 2024	JULIO 2024	AGOSTO 2024	SEPTIEMBRE 2024.	OCTUBRE 2024.
FASE 3.					
<i>Análisis y evaluación de los datos obtenidos.</i>					
<i>Elaborar conclusiones obtenidas.</i>					
<i>Publicar el estudio en Open-Access.</i>					



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Anexo 5. Formulario heteroadministrado a los progenitores en la entrevista.

FORMULARIO

Identificación _____ Fecha Actual _____

Datos generales progenitores.

Sexo biológico _____ Fecha de nacimiento _____

Altura _____ Peso _____

Datos generales infantes.

Sexo biológico _____ Fecha de nacimiento _____

Altura _____ Peso _____

Nivel de estudios.

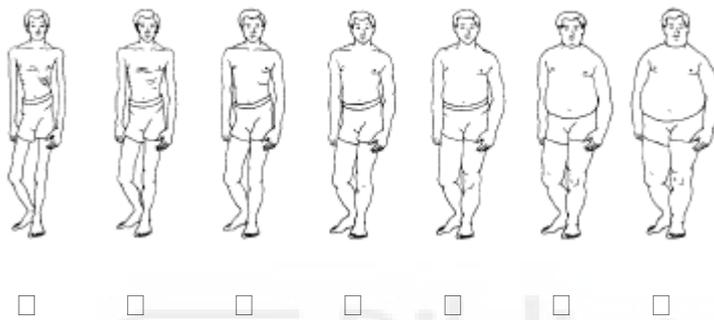
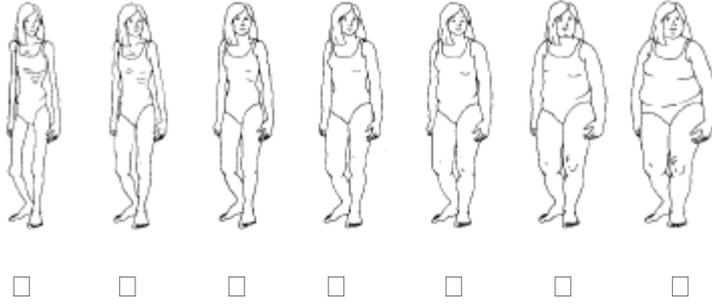
- Sin estudios oficiales. Estudios primarios.
- Enseñanza General Secundaria (ESO)/ Formación profesional medio (FP Medio).
- Bachiller/ Formación profesional superior (FP Superior).
- Estudios universitarios o superiores. Otros _____

Nivel de ingresos totales en el domicilio.

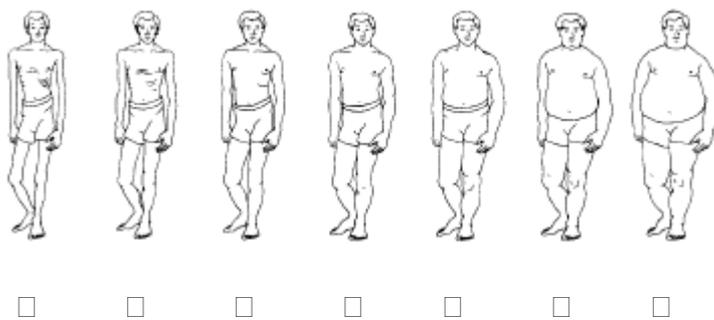
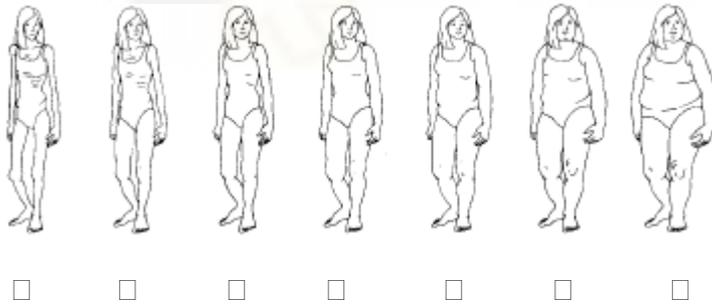
- Menos de 12.000€/año o menos de 950€/mes.
- Entre 12.000€/año y 30.000€/año o entre 950€/mes y 2.532€/mes.
- Más de 30.000€/año o más de 2.532€/mes.

Escala Collins autopercepción (progenitor).

TRABAJO FIN DE MÁSTER

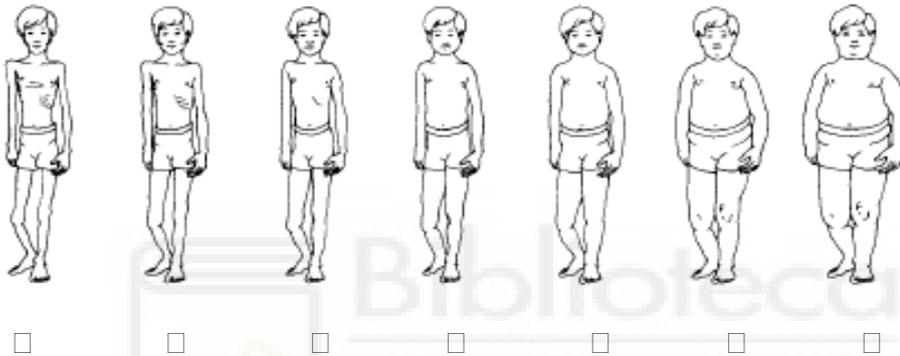
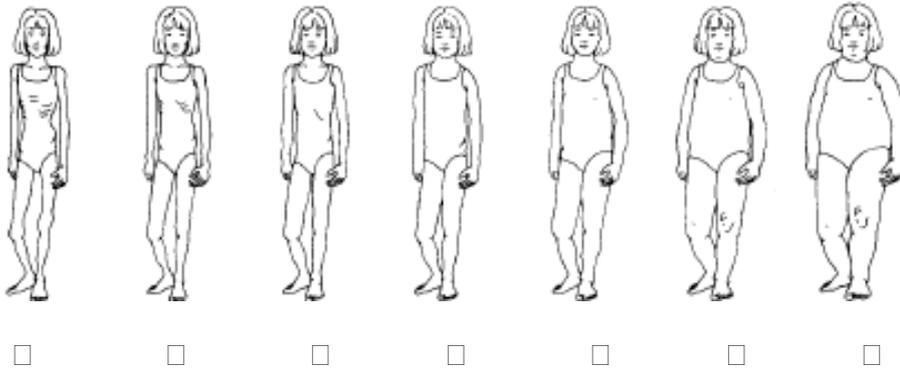


Escala Collins saludable (en adulto).

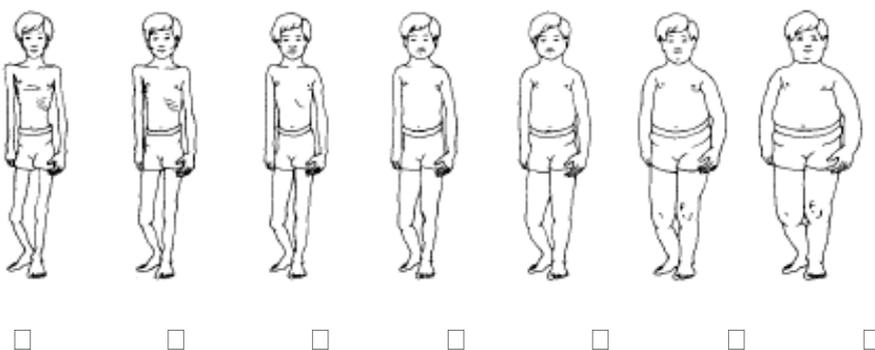
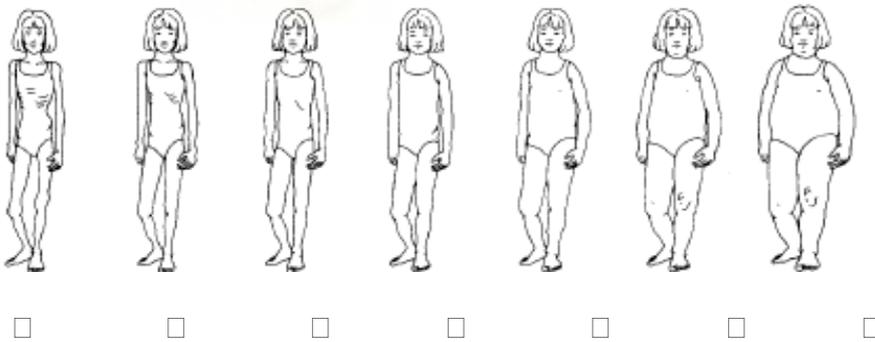


TRABAJO FIN DE MÁSTER

Escala Collins percepción de su hijo/a.



Escala Collins saludable (en infantes).



TRABAJO FIN DE MÁSTER

FAD.

Conteste 1 si se encuentra fuertemente de acuerdo, 2 si se encuentra de acuerdo, 3 si se encuentra en desacuerdo y 4 si se encuentra fuertemente en desacuerdo.

1. Es difícil planear actividades en la familia porque no nos entendemos bien.
2. Resolvemos casi todos los problemas cotidianos del hogar.
3. Cuando alguien está molesto, los demás saben por qué
4. Cuando se le pide a uno que haga algo, es necesario comprobar que lo haya hecho.
5. Si alguien tiene problemas, los demás se involucran demasiado.
6. En tiempo de crisis podemos contar con el apoyo de los demás.
7. No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia.
8. A veces se nos acaban las cosas que necesitamos.
9. Somos reacios a demostrar el afecto que sentimos los unos por los otros.
10. Nos aseguramos que los miembros de la familia cumplen con sus responsabilidades familiares.
11. No podemos hablar entre nosotros de la tristeza que sentimos.
12. Normalmente actuamos según las decisiones que hemos tomado respecto a los problemas que surgen.
13. Los demás se interesan por ti solamente cuando es importante para ellos.
14. No se puede saber cómo se siente una persona según lo que dice.
15. Las tareas de la familia no están lo suficientemente repartidas.
16. Cada uno es aceptado por lo que es.
17. Es fácil no hacer lo que se debe y salir impune.
18. La gente dice las cosas abiertamente, sin rodeos.
19. Algunos de nosotros no somos muy emotivos en nuestras respuestas.
20. Sabemos lo que hay que hacer en caso de una emergencia.
21. Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.
22. Nos es difícil hablar entre nosotros de sentimientos de afecto.
23. Nos cuesta trabajo realizar nuestros pagos.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

24. Después de tratar de resolver un problema, por lo general nuestra familia discute si la solución fue buena o no.
25. Somos demasiados egocéntricos.
26. Podemos expresar nuestros sentimientos los unos hacia los otros.
27. No tenemos claro qué se espera en cuanto al aseo personal.
28. No mostramos el amor que sentimos los unos por los otros.
29. Hablamos con las personas de nuestra familia directamente, sin intermediarios.
30. Cada uno de nosotros tiene unos deberes y responsabilidades específicos.
31. Hay muchos malos sentimientos en la familia.
32. Sabemos qué está bien o mal en cuanto a pegar a los demás.
33. Solamente nos interesamos por los demás cuando se trata de algo que nos interesa personalmente.
34. Tenemos poco tiempo para dedicar a intereses personales.
35. Muchas veces no decimos lo que queremos decir.
36. Sentimos que somos aceptados por lo que somos.
37. Mostramos interés por los otros cuando nos es ventajoso personalmente.
38. Resolvemos casi todos los problemas emocionales que surgen.
39. El afecto es secundario con relación a otras cosas en nuestra familia.
40. Hablamos sobre quién ha de hacer las tareas en la familia.
41. El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.
42. En nuestra familia los unos se interesan por los otros sólo cuando les es ventajoso.
43. Somos francos los unos con los otros.
44. No nos comportamos según lo establecidos.
45. Si se le pide a alguien que haga algo, hay que recordárselo.
46. Somos capaces de decidir cómo resolver los problemas.
47. Si no hacemos lo que debemos, no sabemos qué puede pasar.
48. En nuestra familia cualquier cosa se permite.
49. Expresamos afecto.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

50. Nos enfrentamos a los problemas relacionados con nuestros sentimientos.
51. No nos llevamos bien.
52. No nos hablamos cuando estamos enfadados.
53. Por lo general estamos descontentos con las tareas de la casa que se nos han dado.
54. Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.
55. Sabemos qué está bien o mal con respecto a las situaciones peligrosas.
56. No hablamos en confianza.
57. Lloramos abiertamente.
58. No tenemos acceso a un medio de transporte adecuado.
59. Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.
60. Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver problemas.

Investigador/a _____



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Anexo 6. Consentimiento informado.

INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Título del Proyecto: INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN PARENTAL EN LA OBESIDAD INFANTIL.

Invitación a participar en el estudio: Nos dirigimos a usted para informarle sobre el Estudio y le invitamos a participar en él.

Esta participación es totalmente voluntaria, por ello cualquier persona es libre de abandonar el estudio, en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación y sin que esto repercuta sobre su asistencia sanitaria.

Antes de participar es importante que comprenda por qué se va a realizar el estudio y en qué consistirá.

Le animamos a que lea el documento completo, aclare sus dudas con el profesional que le atiende y se tome su tiempo para decidir su participación.

¿Para qué hacemos este estudio?: El objetivo principal es mejorar la atención sanitaria que damos a la población infantil.

La obesidad infantil es una condición crónica prevenible que va en aumento conforme avanzamos en el tiempo. Esta obesidad puede ocasionar problemas en la salud a corto y a largo plazo.

Aunque a la hora de analizar la obesidad infantil, siempre tenemos en cuenta los hábitos saludables del entorno de los infantes, se ha demostrado que no se valora, en la actualidad, la importancia de la percepción parental en relación al peso de su hijo/a, percepción que puede influir poderosamente en los hábitos de alimentación y ejercicio que los padres le inculcan y que, según estudios recientes en otras comunidades autónomas y otros países, puede tener gran influencia en la masa corporal de los infantes.

Con este estudio queremos comparar como perciben los padres y madres el estado nutricional de sus hijos/as con los datos de peso y talla de los mismos, para poder mejorar la atención que ofrecemos a la población infantil.

¿Quién organiza el estudio? En el estudio participan profesionales sanitarios del centro de salud de Espinardo.

Este estudio ha sido autorizado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Los investigadores no perciben ninguna compensación económica ni de otro tipo por su participación en el mismo.

¿Quién puede participar en el estudio? Padres, madres y responsables principales del cuidado de la población pediátrica del centro de salud Espinardo, principalmente de aquellos cuyos infantes tienen edades comprendidas entre 5 y 9 años.

¿En qué consiste el estudio?: La finalidad de este estudio es conocer la importancia que tiene la percepción parental en la obesidad infantil. Este estudio es útil para conocer la influencia de la percepción parental en la efectividad de las intervenciones en relación a la obesidad infantil realizadas desde AP (Atención Primaria), permitiendo tener en cuenta la percepción parental como una variable más a la hora de prevenir esta condición.

Para ello es necesario realizar una recogida de datos presencial donde se pasará la escala de Collins (escala validada), se anotarán datos relacionados con el nivel educativo, variables específicas de cada participante: de la población pediátrica que participa (peso, talla, índice de masa corporal, sexo) y de los progenitores o cuidador principal (peso, talla, índice de masa corporal, sexo), siendo anotado en el cuaderno de recogida de datos.

¿A qué me comprometo si acepto participar en el estudio? A someterme a los controles arriba descritos, responder las encuestas.

¿Cuáles son los posibles riesgos y beneficios si participo en el estudio? La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo para la salud.

El resultado del estudio nos permitirá mejorar nuestros conocimientos sobre la prevención y manejo de la obesidad infantil y con ello la atención sanitaria que damos a este importante problema de salud.

¿Cómo se garantiza la confidencialidad? Toda la información obtenida para esta investigación será tratada de forma anónima y confidencial, con el único objeto de responder a preguntas de investigación científica, según lo establecido en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (13-12-1999), el Real Decreto del 21-12-2007 por el que se aprueba el desarrollo de la misma, así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y documentos contenidos en el archivo.

MUCHAS GRACIAS POR SU INTERÉS Y PARTICIPACIÓN.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (Nombre y apellidos)

con DNI he recibido suficiente información verbal y escrita sobre el estudio "*Influencia de la percepción parental en la obesidad infantil*". He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas y resolver mis dudas con un profesional responsable del proyecto (nombre del investigador)

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria. Entiendo que puedo abandonar el estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención sanitaria. Entiendo que toda la información personal será tratada de forma confidencial.

Presto mi conformidad libremente a participar en dicho estudio

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador _____ Fecha: _____

Ejemplar para el participante.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (Nombre y apellidos)

con DNI he recibido suficiente información verbal y escrita sobre el estudio "*Influencia de la percepción parental en la obesidad infantil*". He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas y resolver mis dudas con un profesional responsable del proyecto (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Entiendo que puedo abandonar el estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención sanitaria. Entiendo que toda la información personal será tratada de forma confidencial.

Presto mi conformidad libremente a participar en dicho estudio

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador _____ Fecha: _____

Ejemplar para el investigador.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Anexo 7. Registro de información recogida del cuestionario en base de datos..

El registro se realizará de la siguiente manera, siendo erro=9999 en todos los casos:

- Sexo biológico. 1= Mujer; 2= Hombre.
- Altura. Cifra en centímetros.
- Peso. En kilogramos.
- Fecha de nacimiento. Se introducirá edad actual.
- Nivel de estudios.
 - o 1=Sin estudios oficiales.
 - o 2=Estudios primarios.
 - o 3=ESO/FP MEDIO.
 - o 4=Bachiller/FP Superior.
 - o 5=Estudios universitarios/superiores.
 - o 6=Otros.
- Nivel de ingresos totales.
 - o 1= Menos de 12.000€/años o menos de 950€/mes
 - o 2= Entre 12.000€/años y 30.000€/año o entre 950€/mes y 2532€/mes.
 - o 3=Más de 30.000€/años o más de 2.532€/mes.
- Escala Collins.
 - o 1=Figura 1 comenzando por la izquierda.
 - o 2=Figura 2 comenzando por la izquierda.
 - o 3=Figura 3 comenzando por la izquierda.
 - o 4=Figura 4 comenzando por la izquierda.
 - o 5=Figura 5 comenzando por la izquierda.
 - o 6=Figura 6 comenzando por la izquierda.
 - o 7=Figura 7 comenzando por la izquierda.
- FAD
 - o 1= Se encuentra fuertemente de acuerdo
 - o 2= Se encuentra de acuerdo.
 - o 3= Se encuentra en desacuerdo.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

- 4= Se encuentra fuertemente en desacuerdo.

