



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD INFANTIL
Y ESTILOS DE VIDA PATERNO EN LA
UNIDAD FAMILIAR 9 DE FRONTERA
COAHUILA**

**RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD OBESITY AND
PARENTAL LIFESTYLE IN FAMILY MEDICINE UNIT
NO. 9 OF FRONTERA, COAHUILA**

Karla Cristel Madrigal Avalos
IMSS, México

Ana Gabriela Calzoncit Magallanes
IMSS, México

Carlos Ramiro Lozano Mendoza
IMSS, México

Karla Ivette Esparza Treviño
IMSS, México

Roberto Irving Torres Alejandro
IMSS, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18005

Relación entre la Obesidad Infantil y Estilos de Vida Paterno en la Unidad Familiar 9 de Frontera Coahuila

Karla Cristel Madrigal Avalos¹
dra.karlacmadrigal@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-8249-5251>
IMSS
México

Ana Gabriela Calzoncit Magallanes
ana.calzoncit@imss.gob.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8626-4506>
IMSS
México

Carlos Ramiro Lozano Mendoza
carlos.lozanome@imss.gob.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8901-3534>
IMSS
México

Karla Ivette Esparza Treviño
Karla.esparzat@imss.gob.mx
<https://orcid.org/0009-0005-4862-7501>
IMSS
México

Roberto Irving Torres Alejandro
dr.irvingtorres@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-3934-7667>
IMSS
México

RESUMEN

Introducción: La obesidad infantil constituye actualmente uno de los grandes problemas de salud más importante, donde los niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad con una clara influencia familiar, al tener un padre obeso aumenta el riesgo de obesidad de dos a tres veces, y 15 veces si ambos padres lo son. **Objetivo General:** Identificar la relación entre la obesidad infantil y el estilo de vida de los padres. **Metodología:** Estudio observacional, analítico realizado en pacientes con sobrepeso u obesidad infantil entre 1-17 años de la UMF 9 en Frontera, durante el período Dic.2023- Jul.2024; con el "Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad". **Variables:** Dependiente: estilo de vida, Independiente: Obesidad, Intervinientes: Edad, IMC, Percentil, Sexo, Actividad Física, Consumo de Alcohol, Comer por bienestar psicológico, Consumo Calórico. **Resultados:** El análisis estadístico incluyó 265 casos válidos. Los datos revelaron que los niños con un estilo de vida deficiente presentaban una mayor prevalencia de obesidad severa y obesidad general, en comparación con aquellos que mantenían estilo de vida saludable o moderado. Los valores del estadístico Chi-cuadrado obtenidos fueron 186.415 para el estilo de vida y 45.879 para el percentil de los hijos.

Palabra Clave: sobrepeso, obesidad infantil, alimentación, lactancia materna, IMC

¹ Autor principal
Correspondencia: dra.karlacmadrigal@gmail.com

Relationship Between Childhood Obesity and Parental Lifestyle in Family Medicine Unit No. 9 of Frontera, Coahuila

ABSTRACT

Introduction: Childhood obesity is currently one of the most significant public health problems, with a considerable proportion of children and adolescents being overweight or obese. There is a clear familial influence: having one obese parent increases a child's risk of obesity by two to three times, and by up to 15 times if both parents are obese. **General Objective:** To identify the relationship between childhood obesity and parental lifestyle. **Methodology:** An observational, analytical study was conducted on overweight or obese patients aged 1 to 17 years at Family Medicine Unit (UMF) No. 9 in Frontera, Coahuila, during the period from December 2023 to July 2024. The "Questionnaire on Habits Related to Overweight and Obesity" was used for data collection. **Variables:** Dependent: Lifestyle Independent: Obesity Confounding variables: Age, BMI, Percentile, Sex, Physical Activity, Alcohol Consumption, Emotional Eating, Caloric Intake. **Results:** The statistical analysis included 265 valid cases. The data showed that children with poor lifestyles had a higher prevalence of both severe and general obesity compared to those with healthy or moderate lifestyles. The Chi-square values obtained were 186.415 for lifestyle and 45.879 for children's percentiles.

Keywords: overweight, childhood obesity, nutrition, breastfeeding, BMI

Artículo recibido 05 mayo 2025

Aceptado para publicación: 30 mayo 2025



INTRODUCCIÓN

Obesidad Infantil: Un problema de Salud Pública

La obesidad y el sobrepeso infantil representan una crisis global. Según la OMS, en 1990 había 32 millones de niños menores de cinco años con sobrepeso; para 2016 aumentó a 42 millones y se proyecta que alcanzará los 70 millones en 2025. Es una enfermedad crónica, de origen multifactorial (genético y ambiental), caracterizada por un desbalance entre el consumo calórico y el gasto energético. En México, este problema genera altos costos económicos y deterioro en la calidad de vida.

Clasificación del sobrepeso y la obesidad infantil: Se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC) para clasificar el peso en niños y adolescentes según su edad y género. Entre el percentil 5 y 85 se considera peso normal, entre el 85 y 95 sobrepeso, y por encima del 95 obesidad.

Obesidad en México y prevalencia futura

La obesidad impacta negativamente en la productividad laboral, representa casi el 9% del gasto en salud y podría frenar el PIB en 5.3%. La OCDE indica que invertir en prevención puede generar beneficios económicos significativos. La obesidad infantil en México ha convertido al país en el primero en prevalencia a nivel mundial.

Factores que influyen en la obesidad

Diversos factores influyen en la obesidad: individuales (biológicos, psicológicos), sociales (rol familiar, economía), comunitarios (acceso a alimentos y espacios saludables) y macroestructurales (políticas públicas, medios, sistema de salud). Además, etapas como el embarazo, infancia y adolescencia son periodos críticos para su desarrollo, influenciados por factores epigenéticos y ambientales.

Factores gestacionales y perinatales

La nutrición materna antes y durante el embarazo es clave en la salud futura del niño. Un mal estado nutricional puede predisponer al feto a la obesidad. El rápido aumento de peso en el lactante, la diabetes gestacional o prácticas alimentarias inadecuadas, incrementan este riesgo. Los primeros 1,000 días de vida son una etapa crítica para el desarrollo y la programación metabólica.

Lactancia materna y alimentación

La lactancia materna tiene un efecto protector frente a la obesidad infantil. Estudios han demostrado una relación inversa entre su duración y el riesgo de obesidad.



Sin embargo, otros ensayos apuntan a que la leche materna por sí sola no garantiza esta protección. La alimentación saludable desde el nacimiento es esencial y debe formar parte de hábitos de vida.

Factores económicos y ambientales

Los hijos de padres con bajos niveles educativos y socioeconómicos tienen mayor riesgo de obesidad. El entorno urbano y rural también influye, aunque no siempre de forma significativa en la dieta. La familia, los medios de comunicación y la escuela son agentes claves en la educación alimentaria de los niños.

Conductas alimentarias

La conducta alimentaria infantil se refiere a los hábitos que los niños desarrollan hacia los alimentos. Entre los más estudiados están la aproximación (interés por la comida) y la evitación (rechazo). Las prácticas parentales influyen notablemente; padres restrictivos o indiferentes pueden fomentar o empeorar el sobrepeso infantil.

Factores Familiares

El entorno familiar es crucial en la formación de hábitos saludables. Vivir con adultos con sobrepeso u obesidad aumenta el riesgo en los niños. La madre tiene un papel fundamental en las decisiones alimenticias del hogar. La insatisfacción corporal materna puede generar actitudes nocivas hacia los hijos respecto a su peso.

Tipo de alimentación

El desayuno es la primera comida del día y rompe el largo período de ayuno que tiene lugar mientras dormimos, se consume dentro de 2 a 3 horas desde el despertar. Esta comida ayuda a reorganizar los cambios metabólicos que tienen lugar durante la noche, previene los efectos de un largo período de ayuno, y en muchas ocasiones incluye el primer líquido que se consume después de un largo período de tiempo, lo que significa que contribuye a mantener niveles adecuados de agua.

Actividad física

Los bajos niveles de actividad física y el aumento de conductas sedentarias son una de las causas más importantes en el aumento de peso de la infancia. Existe una clara relación entre el sedentarismo y el acumulo de grasa y esta tendencia se puede invertir al aumentar la actividad física.



En un estudio realizado en España tuvo como resultado que las políticas implementadas por las comunidades autónomas no estaban consiguiendo los efectos deseados sobre la reducción de la prevención de sobrepeso y obesidad para el conjunto de la población infantil; sin embargo, existe una influencia contextual que apuntan que existe menos obesidad y sobrepeso infantil en aquellas comunidades autónomas que más recursos destinaban a financiar actuaciones de salud pública obteniendo como resultado que el gasto en salud pública es efectivo para mejorar la salud de la población.

La educación se convierte en uno de los elementos clave, para ello es necesario: A) incorporar en el currículo escolar la alimentación sostenible como materia. B) impulsar campañas de sensibilización pública y promoción de una alimentación sana dirigida a todo tipo de público, poniendo énfasis en el público infantil. C) implementación de medidas contra la publicidad de alimentos no saludables podría tener un efecto inmediato en el consumo de alimentos. D) regular el funcionamiento de los comedores escolares bajo los principios del derecho a la alimentación adecuada

La dieta junto con la actividad física, son los principales factores que contribuyen a la protección de nuestra salud en todas las etapas de la vida.

Estilo de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los estilos de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. “Dentro de los estilos de vida perjudiciales para la salud, se destacan por su importancia la inadecuada alimentación, el consumo de tabaco, la inactividad física, el sobrepeso, el alcohol y el estrés psicosocial. Los posibles factores de riesgo de la obesidad en la niñez comprenden factores genéticos, ambientales y relacionados con el estilo de vida, pero hay que destacar que, probablemente, el estilo de vida obesogénico es el máximo responsable del aumento de las tasas de obesidad en esta población. El aumento calórico en la ingesta, los cambios en la composición de la dieta, las reducciones de los niveles de práctica de actividad física, el aumento del tiempo de sedentarismo, especialmente el del sedentarismo de pantalla, y las reducciones del tiempo de descanso nocturno son algunos de los determinantes analizados con respecto al estilo de vida



La obesidad y el sobrepeso son enfermedades crónicas y constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con un aumento acelerado especialmente en niños. Según la OMS, desde 1980 la obesidad se ha duplicado en adultos y afecta a más de 41 millones de niños menores de 5 años. Se considera preocupante por las enfermedades que puede desencadenar en la edad adulta, como diabetes, hipertensión.

El problema está vinculado a malos hábitos alimenticios heredados de los padres, quienes consumen alimentos ultra procesados ricos en grasas, azúcares y sodio, desplazando los alimentos naturales. La mala calidad de la dieta contribuye tanto a la obesidad como a la desnutrición. Por eso, es esencial una alimentación saludable desde la gestación, con los padres como modelos. ¿Cuál es la relación entre la obesidad infantil y el estilo de vida de los padres?

La obesidad infantil en México ha aumentado de forma alarmante en los últimos 10 años, influida por los hábitos familiares. Se estima un aumento del 40% en los casos de obesidad y sobrepeso para el año 2030. Esta condición genera altos costos económicos para el sistema de salud y afecta emocional y socialmente a los niños, provocando ansiedad, depresión y bullying, que pueden derivar incluso en suicidio.

Por lo cual nuestro motivo de esta investigación es: Identificar la relación entre la obesidad infantil y el estilo de vida de los padres.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se trata de un estudio de tipo Cuantitativo, observacional, transversal y prospectivo.

Universo: Derechohabientes de la unidad de medicina familiar de la clínica no.9

Población: Niños adscriptos a la unidad entre 1-17 años

Lugar: Clínica de unidad familiar 9 del IMSS de Frontera Coahuila

Tiempo de estudio: La recolección de datos se llevará a cabo durante el período transcurrido del mes de diciembre de este año a Julio del 2024

Tamaño de muestra: Para la cual se aplicó la fórmula de población infinita con un intervalo de confianza de 95%, $Z = 1.96$, donde se obtuvo una muestra total de 265 pacientes, a través de la siguiente fórmula.



Fórmula para cálculo de muestras finitas

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

N: tamaño de la población: **5234**

α : erro alfa 0.05

1 - α : nivel de confianza 0.95

Z: z de (- α) 1.96

P: prevalencia de la enfermedad 0.25

(1-p): complemento d p (q)... 0.75

δ : precisión 0.05

Tamaño de muestra n=265

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personas con sobrepeso u obesidad clínica entre 1-17 años
- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.9

Criterios de exclusión

- Pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica
- Pacientes en seguimiento actual por Nutriólogo/ con dieta
- Pacientes con capacidades motoras limitadas que impidan la realización de actividad física adecuada
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio

Criterios de eliminación

- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado
- Pacientes con test incompleto

Instrumento de medición

Se usará el Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Modificado en el artículo Adaptación a la población mexicana del "Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad" realizado por Antonio Pardo Merino, María Angélica Petrie Carrillo, Pedro García Ríos,



Berenice Jurado Vázquez, Ninfa Rocío Escalante Lorenzana, Verónica Vázquez Barrios, Miguel Ángel Ruiz Díaz.

El cual nos permite evaluar el estilo de vida (ejercicio físico) y varios hábitos relacionados con la conducta alimentaria. Incluye cinco dimensiones: contenido calórico de la dieta (ítems: 2, 3, 5, 8, 10, 14, 20, 21), comer por bienestar psicológico (ítems: 11,15, 18), ejercicio físico (ítems: 9, 13, 16), consumo de alcohol (ítems: 17, 19) y alimentación saludable (ítems: 1, 4, 6, 7, 12, 22). Y sus propiedades psicométricas son muy buenas: consistencia interna (alfa de Cronbach) por encima de 0,75 en todas las dimensiones excepto en consumo de alcohol; estabilidad temporal (correlación test- retest) por encima de 0,90 en todas las dimensiones; y resultados muy satisfactorios en validez de contenido, discriminativa y de constructo.

El cuestionario se diseñó para ser contestado por el propio paciente. Todas las preguntas que incluye tienen 5 categorías de respuesta:

- 1) nunca;
- 2) una vez al mes;
- 3) una vez por semana;
- 4) varias veces por semana, y
- 5) todos los días. Las respuestas se codificaron asignándoles una puntuación de 1 a 5, de modo que la puntuación más alta indica siempre la conducta más saludable.

De las 22 preguntas se encuentran 7 preguntas resaltadas en negritas (11, 12, 15, 17, 18,19 y 22) estas preguntas se calificarán de forma inversa.

Cada escala se puntuó de la siguiente manera (1): cada pregunta tiene una puntuación del 1 a 5 en los términos ya señalados, (2) se sumarán las puntuaciones de las preguntas correspondientes a esa escala, y (3) se dividió esa suma por el número de preguntas de esa escala. Se obtuvo así una puntuación individual comprendida entre 1 y 5. Se consideró buenos estilos de vida a partir de un puntaje igual o mayor al 88% del total de puntos.

La terminología contenida en el cuestionario fue modificada para ser adaptada a la población.



Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad

Tabla 1

1. Al cocinar ponto (o digo que pongan) en la sartén la cantidad mínima de aceite
2. Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día
3. Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)
4. Como verdura todos los días
5. Los lácteos que tomo son desnatados
6. Como la carne y el pescado a la plancha o al horno en vez de frito
7. Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados
8. Me sirvo raciones pequeñas
9. Realizo un programa de ejercicio físico
10. Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías
11. <i>Picoteo si estoy bajo/a de ánimo</i>
12. <i>Como carnes grasas</i>
13. Hago ejercicio físico regularmente
14. Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomarl
15. <i>Picoteo si tengo ansiedad</i>
16. Saco tiempo cada día para hacer ejercicio
17. <i>Tomo bebidas de baja graduación alcohólica (cerveza, vino)</i>
18. <i>Cuando estoy aburrido/a me da hambre</i>
19. <i>Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, güisqui)</i>
20. Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos
21. Reviso las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen
22. <i>Compro principalmente alimentos precocinados</i>

Se evaluará el IMC utilizando la formula según la OMS peso en kilogramos dividido por la estatura en metros cuadrados: peso (kg)/ [estatura (m)]²

Con los resultados

Desnutrición...18.5

Normal...18.5-24.9

Sobrepeso...25-0-29.9

Obesidad... >30.0



Descripción del estudio

Previa autorización por parte del comité de ética y de investigación y el comité local de investigación en salud se abordará a todo paciente que se encuentre en la sala de espera con datos de obesidad exógena infantil, acompañado de un adulto, se invitará a participar en el estudio. Si aceptan se les entregará un consentimiento informado, donde se les explicará riesgos, beneficios, procedimientos y privacidad del estudio, que deberá ser firmado para participar en el mismo. Posteriormente nos dirigiremos a pesar y a medir tanto al niño como tutor y se le otorgará el instrumento de evaluación al adulto para que sea llenado por el mismo.

Se le realizará test auto aplicable, “Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad”, que consta de 22 ítems además se obtendrá información de interés como edad, sexo, peso y talla para obtener su IMC, los datos serán capturados y procesados en SPSS para realizar su análisis estadístico y realizar el reporte final de la tesis. Una vez obtenidos los resultados se darán las conclusiones y recomendaciones de los factores identificados, así como las complicaciones asociadas. En caso de identificar un estilo de vida poco saludable se derivará a los servicios de atención primaria de la unidad

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se trabajarán en hoja de datos Excel 365, para su posterior análisis en programa SPSS versión 27.0, siendo las variables analizadas a través de tablas de frecuencia y porcentajes, distribución de moda, media, mediana rango y desviación estándar según corresponda. Con una prueba de chi cuadrada ya que nos sirve para establecer la relación entre nuestras variables.

Para la cual se aplicó la fórmula de población finita con un intervalo de confianza de 95%, $Z = 1.96$, donde se obtuvo una muestra total de 265 pacientes

Aspectos éticos

En la realización del presente estudio se respetarán los acuerdos de la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 los cuales mencionan lo siguiente:

6.-El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas



deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7.-La investigación médica está sujeta a Normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.-Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

- I. Además, para la investigación es importante mencionar el artículo 100 de la Ley General de Salud, el cual menciona: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:
- II. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución
- III. a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- IV. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- V. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- VI. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- VII. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;



- VIII. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- IX. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación

Finalmente se señala que el proyecto sigue la normatividad vigente del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 2 de abril de 2014, en el título segundo capítulo primero “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, lo siguiente:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las



autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice

Artículo 17.- En lo que respecta al riesgo de la investigación; el presente estudio se considera investigación con riesgo mínimo. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;
- II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de
- III. diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos



meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

IV. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;



- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Artículo 23.- Derogado.

Artículo derogado DOF 02-04-2014



RESULTADOS

Tras el análisis estadístico pertinente se consideraron 265 casos válidos en el análisis, lo que representa el 100% de la muestra, de los cuales en cuestión de los padres fueron 199 femeninos y 66 masculino. Se cree que en este estudio la participación del sexo femenino fue más grande ya que normalmente son las mamás o las abuelas que acompañan a los niños a la consulta. (Gráfico 1) y de los hijos obtuvimos una población de 131 mujeres y 134 hombres (Gráfico 2)

Gráfico 1: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila

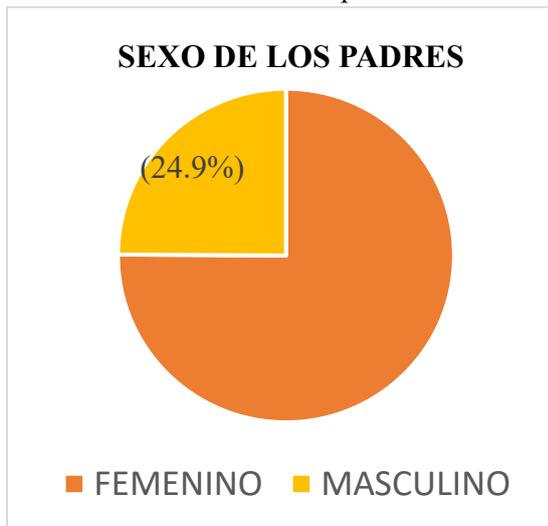
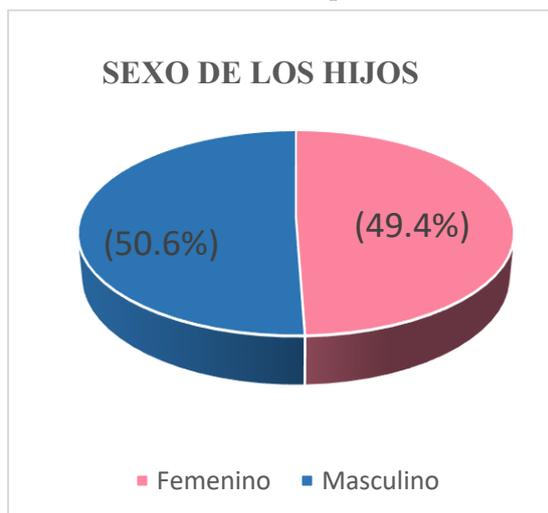
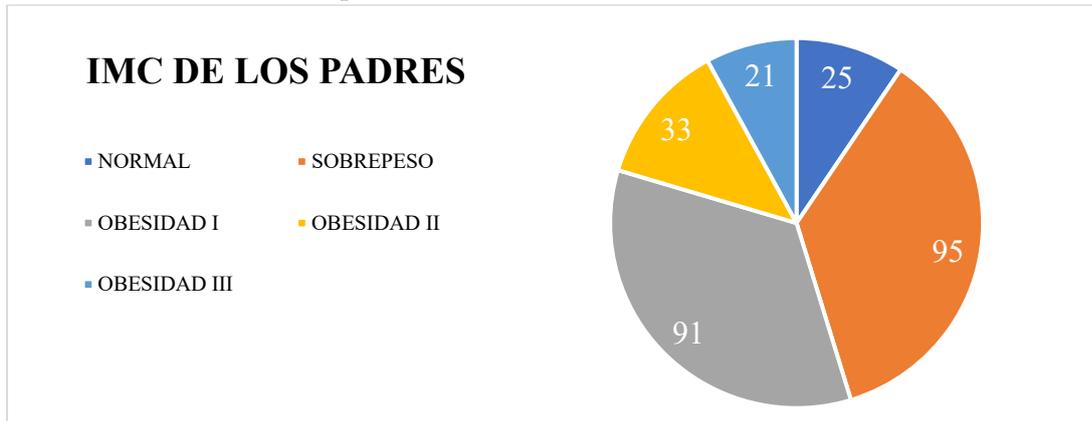


Gráfico 2: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila



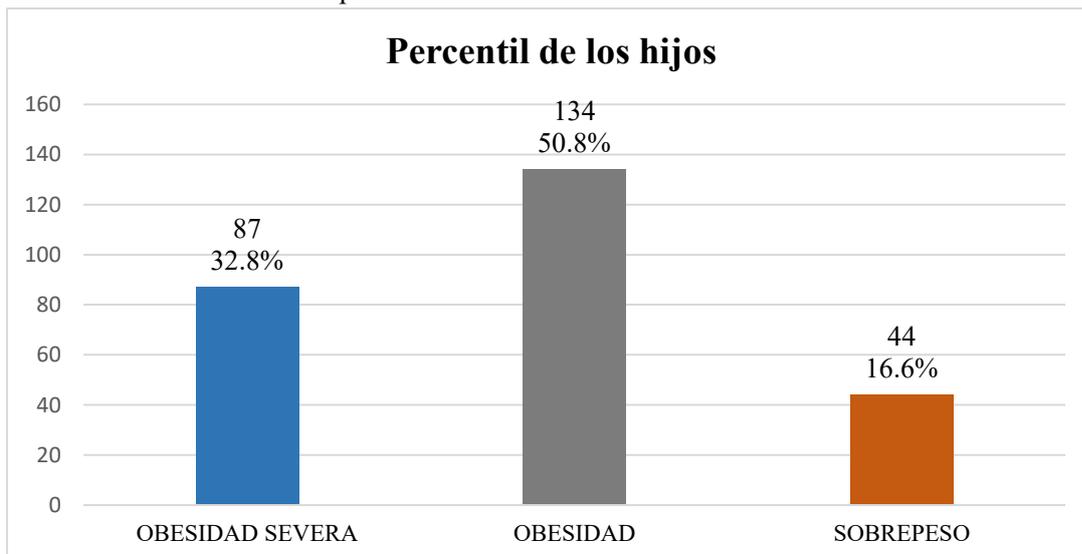
A los padres los manejamos mediante el IMC de acuerdo a lo que indica la OMS obteniendo como resultados 25 participantes con peso normal con un porcentaje del 9.4%, 95 con sobrepeso con el 35.8%, 91 con obesidad I con el 34.3%, 33 con obesidad II con 12.5% y 21 con obesidad III con 7.9%. por lo que se concluye como resultado con la mayoría de los padres se encuentra en grado de obesidad I con un IMC entre 30.0-34.9. (Gráfico 3)

Gráfico 3: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.



Con los hijos primero sacamos el IMC para poder obtener su percentil y sacar su categoría de acuerdo a la OMS al igual que desde un principio se explicó que se buscarían niños con obesidad exógena por lo cual obtuvimos solo las categorías de sobrepeso, obesidad y obesidad severa teniendo los siguientes resultados de los cuales 44 niños con sobrepeso, 134 con obesidad y 87 con obesidad (Gráfico 4)

Gráfico 4: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.



El resultado de nuestros objetivos para poder sacar el estilo de vida de los padres nos enfocamos en unas 4 categorías, uno de ellos es el consumo calórico de los cuales se obtuvieron que 113 padres nunca se han dado cuenta de su consumo, 66 de ellos una vez al mes, 78 una vez a la semana y solamente 8 de los padres se dan cuenta de su consumo calórico varias veces a la semana (Gráfico 5). otra categoría es el bienestar psicológico el cual nos habla cuanto de ellos comen por ansiedad, tristeza, por aburrición etc. Y su consumo de alimentos en esos momentos no es saludable. Se concluyo que 40 padres nunca consumen alimentos por bienestar psicológico, 16 de ellos una vez al mes, el 54 una vez por semana, el 93 de ellos varias veces a la semana y el 62 de ellos comen psicológicamente todos los días. (Gráfico 6)

Gráfico 5: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.

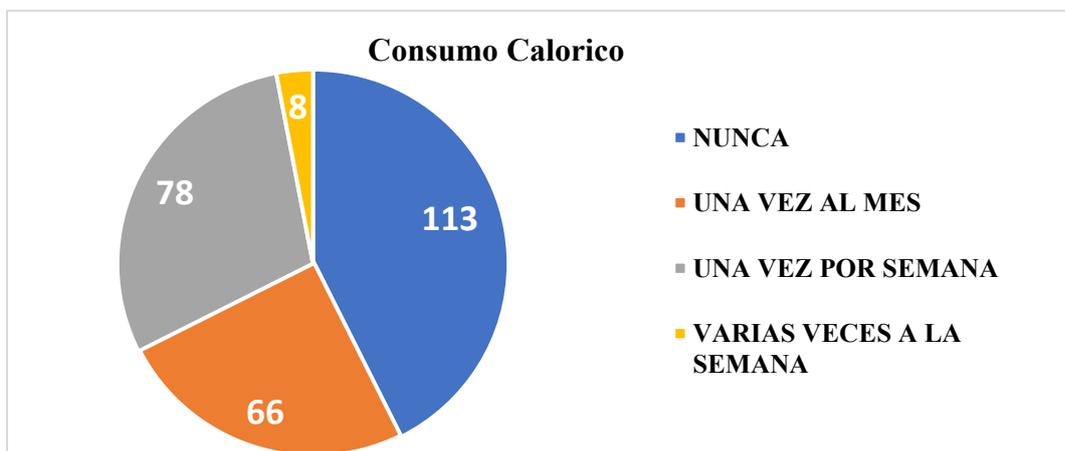
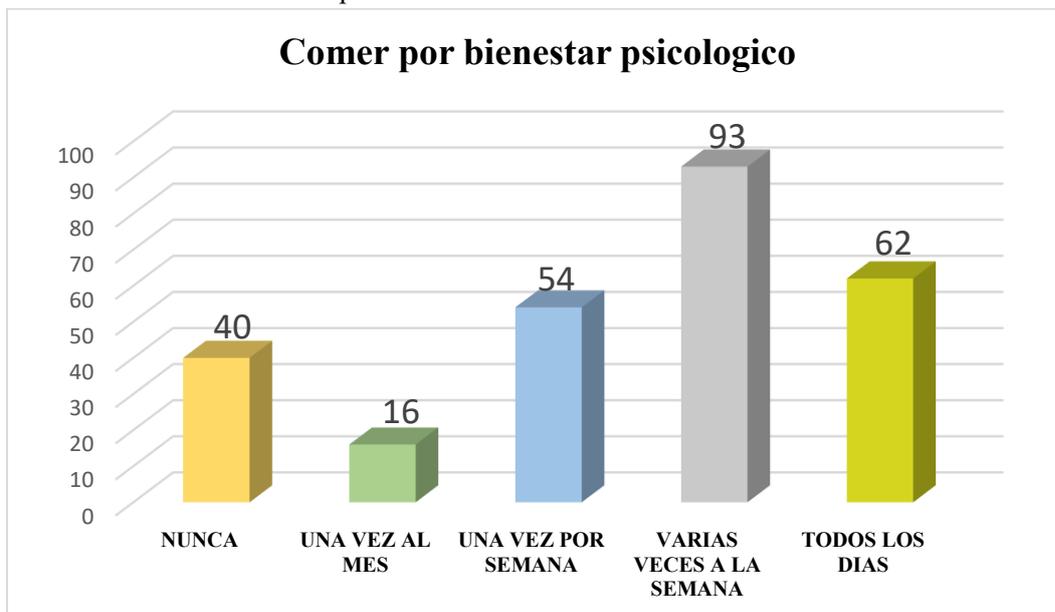


Gráfico 6: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.



En la categoría de actividad física se encontró que 199 padres nunca han hecho ejercicios, 3 de ellos una vez al mes, 20 una vez a la semana, 30 varias veces a la semana y solamente 8 de 265 padres realizan actividad física todos los días. (Gráfico 7). La última categoría es el consumo de alcohol en los padres teniendo 113 padres que nunca consumen alcohol, 66 una vez al mes, 78 una vez al mes y 8 padres que consumen varias veces a la semana (Gráfico 8)

Gráfico 7: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.

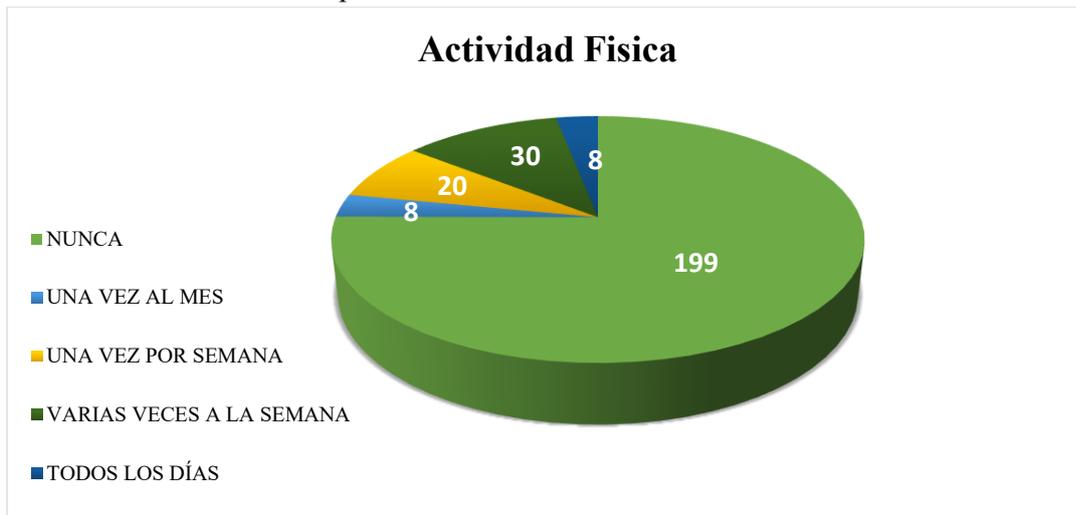


Gráfico 8: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.



Los resultados presentados reflejan una relación entre el estilo de vida y el estado de obesidad severa u obesidad general en un grupo de 265 casos.

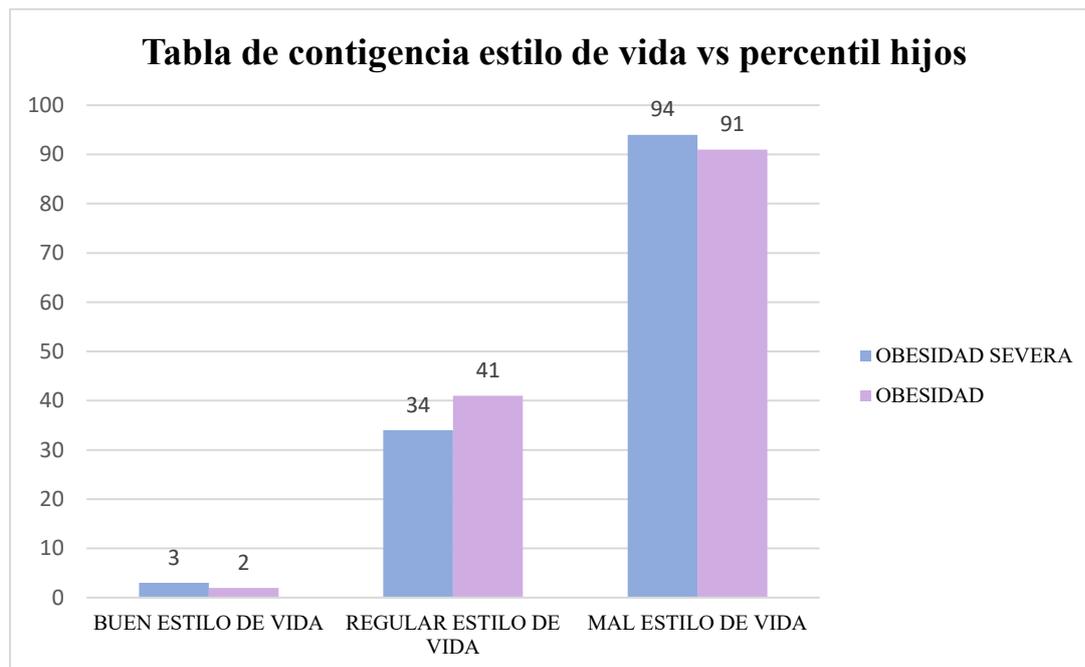
Gráfica de contingencia (gráfico 9): Relación entre el estilo de vida y el estado de obesidad:

Categorías del estilo de vida:

- Buen estilo de vida: 5 casos totales (3 con obesidad severa y 2 con obesidad).
- Regular estilo de vida: 75 casos totales (34 con obesidad severa y 41 con obesidad).
- Mal estilo de vida: 185 casos totales (94 con obesidad severa y 91 con obesidad).

Se observa una tendencia clara de que las personas con un mal estilo de vida presentan una mayor prevalencia tanto de obesidad severa (94 casos) como de obesidad general (91 casos), en comparación con aquellos que llevan un estilo de vida regular o bueno. Un estilo de vida regular también tiene una asociación significativa con la obesidad, aunque menos que el mal estilo de vida. Las personas con un buen estilo de vida muestran muy pocos casos de obesidad severa o general, lo que sugiere un efecto protector de un estilo de vida saludable.

Gráfico 9: Datos obtenidos por encuesta realizada en la UMF9 Frontera Coahuila.



DISCUSION

El estudio realizado en la Unidad Familiar 9 de Frontera, Coahuila, confirma los hallazgos presentes en la literatura existente sobre la influencia del estilo de vida paterno en la obesidad infantil. Los resultados muestran que un alto porcentaje de los padres con obesidad (34.3% con obesidad de grado I) tienen hijos que también presentan obesidad (50.6%) o sobrepeso (16.6%), lo que coincide con estudios

previos que demuestran que los hábitos de los padres influyen directamente en los resultados de salud de sus hijos.

Un estudio clave de Rivadeneira-Valenzuela et al. (2021) realizado en Chile, encontró que los estilos parentales y los hábitos alimentarios influyen significativamente en el sobrepeso y la obesidad infantil, lo que está en línea con los hallazgos del presente estudio, donde los padres con malos hábitos alimentarios (falta de control del consumo calórico y baja actividad física) muestran una fuerte correlación con la obesidad en sus hijos.

Del mismo modo, el estudio de Aguilera-Bocanegra et al. (2020) menciona que el consumo excesivo de azúcares y alimentos ultraprocesados en las familias mexicanas es un factor determinante en la obesidad infantil. El presente estudio refuerza esta afirmación, ya que el 42.6% de los padres en la muestra no controlan su ingesta calórica, y la mayoría de los niños afectados siguen patrones de consumo similares.

Factores Psicológicos y Obesidad Infantil

El estudio encontró que un 35.1% de los padres en el grupo muestran una tendencia a comer por bienestar psicológico varias veces a la semana, lo que se correlaciona directamente con la obesidad infantil en sus hijos. Este hallazgo es consistente con la revisión de Gurría (2020), quien señala que el consumo emocional está relacionado con la obesidad tanto en adultos como en niños, debido a que estos hábitos pueden ser modelados por los padres.

La revisión realizada por Arauco-Lozada (2022) sobre los factores de riesgo en la obesidad infantil también subraya que las conductas alimentarias derivadas de la gestión emocional de los padres impactan significativamente en los hijos, reforzando la idea de que la obesidad tiene tanto un componente fisiológico como psicológico compartido dentro del entorno familiar.

Actividad Física y Obesidad

El presente estudio revela que 199 padres (el 75% de la muestra) nunca realizan actividad física, lo cual repercute negativamente en el comportamiento de los hijos. Este resultado coincide con lo encontrado por Barquera et al. (2020) en la ENSANUT, que documenta que los bajos niveles de actividad física en las familias mexicanas son una de las causas fundamentales de la obesidad en niños y adolescentes.



De manera similar, Montero-López et al. (2021) destacan que la baja actividad física y el sedentarismo en el ambiente familiar están fuertemente asociados con un mayor índice de masa corporal (IMC) en la niñez. Este estudio refuerza la importancia de la actividad física como un factor protector contra la obesidad, lo que se observa en los pocos casos de hijos con peso normal en las familias que reportaron actividad física regular.

Limitaciones y Comparación con Estudios Anteriores

Una limitación importante del presente estudio es el sesgo del autorreporte por parte de los padres, lo que podría haber afectado la precisión en la medición de los hábitos alimentarios y de actividad física. Sin embargo, este tipo de limitaciones también se observan en otros estudios similares. Pérez-Herrera et al. (2019), al estudiar la obesidad en México, indicaron que la falta de datos objetivos sobre la ingesta calórica y la actividad física es una limitación común en estudios basados en cuestionarios autoaplicados.

Otra limitación del estudio es la falta de control sobre variables socioeconómicas que pudieran haber influido en los resultados. Malo-Serrano et al. (2017) identificaron que las familias de bajo nivel socioeconómico son más propensas a tener una dieta poco saludable y menores niveles de actividad física, lo que incrementa el riesgo de obesidad infantil. Esta variable no fue completamente abordada en el presente estudio

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de la prueba de Chi-cuadrado, podemos concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida de los padres y el percentil de los hijos. Los valores Chi-cuadrado obtenidos para ambas variables (186.415 y 45.879) son muy elevados, lo que sugiere una fuerte discrepancia entre las frecuencias observadas y las esperadas bajo la hipótesis nula. Dado que los valores de significación asintótica ($p < 0.001$) son mucho menores al umbral común de 0.05, podemos afirmar que la relación no es fruto del azar. Esta evidencia sugiere que el estilo de vida de los padres tiene un impacto significativo en la posición que ocupan los hijos en términos de percentiles, posiblemente en aspectos como desarrollo físico, académico o social. Es decir, factores relacionados cómo los padres viven y las decisiones que toman pueden influir de manera considerable en el rendimiento o las oportunidades que tienen sus hijos en relación con otros.



Estos resultados pueden ser importantes para futuras investigaciones sobre cómo las condiciones familiares afectan el desarrollo infantil y juvenil, o para diseñar intervenciones que busquen reducir las desigualdades desde el hogar.

En resumen, la fuerte significancia estadística hallada en este análisis señala la importancia de estudiar más a fondo los factores específicos del estilo de vida de los padres que están influyendo en el desempeño o posición relativa de los hijos en la sociedad.

También concluyo que este estudio tiene mucho para estudiar para recalcar la importancia que tiene la alimentación y el ejemplo de los padres, por lo tanto si vuelvo hacer este estudio le agregaría una medición inicial en la cual agregaría una plática rápida de cuidados actividad física, alimentación sana tanto para los padres como los hijos dando quizás una opción de alimentos por lo cual estarían en vigilancia algún tiempo y haría otra medición al termino para valorar el peso inicial y final tanto del padre como de los hijos, también creo que un factor importante que se podría agregar al estudio son variación sociodemográficas como nivel de estudio, estado civil, trabajo. Ya que estos también pueden influir mucho en la alimentación de ambos, el horario de comida o la forma de prepararlas por el tiempo que tienen disponible (pensando en un padre o madre soltero que su trabajo tiene un tiempo prologado).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguillera-Bocanegra, S., Gámez-Fernández, A., Navarro-Pérez, J., Solares-Alvarado, A., Tinajero-Castro, C., Trejo-Nava, E. P., & Ozuna, C. (s.f.). El sobrepeso y la obesidad infantil en México y su relación con el consumo de azúcares. XXXVII Verano de la Ciencia, 16. ISSN: 2395-9797.

Anguita-Acerero, J. M., & López-Bertomeo, E. (2020). Población escolar y alimentación ¿hacia dónde nos dirigimos? Educational Journal ESAMEC, (1).
<https://doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.01>

Arauco-Lozada, T. (2022). Obesidad infantil, un problema de salud con responsabilidad colectiva. Health Care & Global Health, 6(2), 58–59. <https://doi.org/10.22258/hgh.2022.62.137>

Blanco, M., Veiga, O., Sepúlveda, A., Izquierdo-Gómez, R., Román, F., López, S., & Rojo, M. (2020). Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: estudio ANOBAS de casos-contróles. Atención Primaria, 52(4), 250–257.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.013>



- Calderón-García, A., Marrodán-Serrano, M., Villarino-Marín, A., & Martínez-Álvarez, J. R. (2019). Valoración del estado nutricional y de hábitos y preferencias alimentarias en una población infanto-juvenil (7-16 años) de la Comunidad de Madrid. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 394–404. <https://doi.org/10.20960/nh.2244>
- Campos-Rivera, N., Alcázar-Olán, R., Jacobi-Zúñiga, M., & García-Flores, R. (2021). Prácticas parentales de alimentación, autoeficacia y actitudes maternas con niños/as preescolares. *Psicomex*, 11(1). <https://doi.org/10.36793/psicomex.v11i1.352>
- Carmona-Rosado, L., & Zapata-Moya, A. (2022). Los esfuerzos preventivos de las comunidades autónomas y la desigualdad socioeconómica en la obesidad o el sobrepeso infantil. *Gaceta Sanitaria*, 36(3), 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.08.004>
- Godoy-Berthet, C., Denegri-Coria, M., & Schnettler-Morales, B. (2020). Factores protectores y de riesgos en conductas alimentarias de madres e hijos. *Revista de Psicología*, 29(2), 1–13. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2020.57145>
- Gurría, A. (2020, enero 8). La pesada carga de la obesidad: La economía de la prevención. OCDE. <https://www.oecd.org/>
- Jimeno-Martínez, A., Maneschy, I., Rupérez, A. I., & Moreno, L. A. (2021). Factores determinantes del comportamiento alimentario y su impacto sobre la ingesta y la obesidad en niños. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), julio.
- Kaufner-Horwitz, M., & Pérez-Hernández, J. (2022). La obesidad: Aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Interdisciplina*, 10(26), 1–15. <https://doi.org/10.2201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
- Lasserre-Laso, N., Inostroza-Saelzer, V., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Lanuza, F., Troncoso-Pantoja, C., & Villagrán, M. (2021). Lactancia materna y su asociación con obesidad: Mecanismos que podrían explicar el rol protector en la infancia. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(6), 955–962. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000600955>
- Martí, A., Calco, C., & Martínez, A. (2021). Consumo de alimentos ultraprocesados y obesidad: Una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 177–185. <https://doi.org/10.20960/nh.03151>



- Medina-Zacarías, M. C., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Humarán, I. M., & Hernández-Cordero, S. L. (2020). Factores de riesgo asociados con sobrepeso y obesidad en adolescentes mexicanos. *Salud Pública de México*, 62, 236–136. <https://doi.org/10.21149/10388>
- Meroño, A., Petrie, M., García, P., Jurado, B., Escalante, N., Vázquez, V., & Ruiz, M. (2018). Adaptación a la población mexicana del "Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad". *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), julio-agosto. <https://doi.org/10.20960/nh.1693>
- Miravalls, R., Pablos, A., Guzmán, J., Vañó, V., & Nebot, V. (2020). Factores relacionados con el estilo de vida y la condición física que se asocian al IMC en función del género en preadolescentes españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 37(1), 129–136. <https://doi.org/10.20960/nh.02615>
- Montero-López, M., Santamaría-Ulloa, C., Bekelman, T., Arias-Quesada, J., Corrales-Calderón, J., Jackson-Gómez, M., & Granados-Orlando, G. (2021). Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(2), 192–207. <https://doi.org/10.17151/hpspsal.2021.26.2.14>
- Monterubbianesi, P. D., & Temporelli, K. (2022). Estilos de vida, factores de riesgo y salud autopercebida de la población argentina. *Revista de Economía del Rosario*. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/economia/a.11997>
- Ortega, R. M., Jiménez Ortega, A. I., Martínez García, R. M., Aguilar-Aguilar, E., & Lozano Estevan, M. C. (2022). La obesidad infantil como prioridad sanitaria. Pautas en la mejora del control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Extra 3), 35–38. <https://doi.org/10.20960/nh.04308>
- Pérez-Herrera, A., & Cruz, M. (2019). Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 463–469. <https://doi.org/10.20960/nh.2016>
- Raquel, M., Guevara, J., Cabaco, A., & Moral-García, J. (2020). La calidad del desayuno y la dieta saludable en adolescentes en edad escolar y su asociación con el IMC, las dietas de pérdida de peso y la práctica de actividad física. *Nutrients*, 12(8), 2294. <https://doi.org/10.3390/nu12082294>
- Rivadeneira-Valenzuela, J., Soto-Caro, A., Bello-Escamilla, N., Concha-Toro, M., & Díaz-Martínez, X. (2021). Estilos parentales, sobrepeso y obesidad infantil: Estudio transversal en población



infantil chilena. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(1), 18–27. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000100018>

Rivera, J., Rojas, L., Maury-Sintjago, E., Rodríguez-Fernández, A., & Parra-Flores, J. (2022). Malnutrición por exceso en niños de 5 a 10 años y su asociación con el estado nutricional pre y gestacional, lactancia materna y patología materna. *Revista Chilena de Nutrición*, 49(4), 468–475. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182022000500468>

Rivera-Muñoz, L., & Nazar-Carter, G. (2020). Prácticas de alimentación infantil de cuidadores principales, conducta alimentaria y estado nutricional de preescolares en Chile. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(4). <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.4.573>

Tonietti, M., López, L., Gorelik, B., Roussos, A., Arias, L., & Chuan-Lin, C. (2022). Situación nutricional en los primeros 1000 días del ciclo vital: Una puesta al día de los datos disponibles en Argentina. *Actualización en Nutrición*, 23(2), 103–110. <https://doi.org/10.48061/SAN.2022.23.2.117>

