

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“ESTRUCTURA FAMILIAR Y OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD
ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR. NUEVO
CHIMBOTE 2017”**

PRESENTADO POR:

Bach. ALZAMORA OLIVOS, Wanda Cecilia

Bach. DIAZ ALVAREZ, Deyssi Johana

ASESOR

Dr. P.D. PONCE LOZA, Juan Miguel

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

Nuevo Chimbote – Perú

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



Revisado y V° B° de:

Dr. P.D. PONCE LOZA, Juan Miguel
ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



HOJA AVAL DEL JURADO EVALUADOR

El presente trabajo de tesis titulado “ESTRUCTURA FAMILIAR Y OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR. NUEVO CHIMBOTE 2017” para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería, presentado por Bach. ALZAMORA OLIVOS WANDA CECILIA Y Bach. DIAZ ALVARES DEYSSI JOHANNA, que tienen como Asesor al Dr. P.D. Ponce Loza, Juan Miguel designado por resolución N° 026-2017-UNS-FC. Ha sido revisado y aprobado el día 30 de Octubre del 2018 por el siguiente jurado evaluador, designado mediante resolución N°071-2017-UNS-CFC.

MS. YOLANDA RODRIGUEZ BARRETO

PRESIDENTE

DRA. ESPERANZA MELGAREJO VALVERDE

SECRETARIA

Dr. P.D. PONCE LOZA, JUAN MIGUEL

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

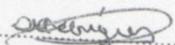
En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula Multimedia de la Escuela de Enfermería, siendo las 19:00 horas del día 30 de Octubre de 2018, dando cumplimiento a la Resolución N° 235-2018-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por M^{sc}. Yolanda Rostro y Barreto, teniendo como miembros a D^{ña}. Esperanza Melgarejo Valverde (secretario) (a), y Dr. Juan Miguel Poma Loza (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciada en Enfermería realizado por el, (la), (los) tesista (as) Wanda Cecilia Alzamora Olivero y Dayvi Johana Diaz Alvarez,

quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: "Estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur - N. Norte Chimbote 2017"

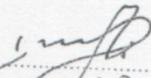
Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as) respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Sobresaliente asignándole un calificativo de diecinueve (19) puntos, según artículo 40° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Res.471-2002-CU-R-UNS)

Siendo las 20:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad .


Nombre: Yolanda Rostro y Barreto
Presidente


Nombre: Esperanza Melgarejo Valverde
Secretario


Nombre: Juan Miguel Poma Loza
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

En primer lugar a dios por haberme permitido llegar hasta este punto y cuidar de mi salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre por haberme apoyado, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. A mi hermana por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles.

A mi esposo por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales. Este proyecto no ha sido fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome siempre desde el inicio e ingreso a la universidad, siempre fuiste fundamental.

ALZAMORA OLIVOS WANDA C.

DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, son los mejores padres. Por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

A mis hermanos por apoyarme en aquellos momentos de necesidad, a mi hermana por ser un ejemplo de estudio, desarrollo laboral y ser un gran apoyo a lo largo de mi carrera. A ellos por haberlos tenido a mi lado apoyándome.

AGRADECIMIENTO

A nuestro asesor, Dr. Miguel Ponce Losa, por su paciencia, comprensión, gran calidad humana y abnegada labor como guía en el desarrollo de nuestro trabajo y a sus acertadas sugerencias hoy podemos dar por culminado una de nuestras metas.

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mis entendimientos del campo en el que me visto inmerso, sino para lo que me concierne a la vida y mi futuro. Agradezco a mi institución y a mis maestros por sus esfuerzos para que finalmente pueda graduarme como un feliz profesional.

Un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

A Nuestra querida Alma Mater, Universidad Nacional del Santa en especial a la Facultad de Ciencias y a la Escuela Académica Profesional de Enfermería por habernos acogido en sus aulas, a toda la plana docente por compartir sus conocimientos y enseñanzas conduciéndonos al éxito.

LAS AUTORIAS.

INDICE GENERAL

	pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE GENERAL	viii
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCION	13
II. MARCO TEÓRICO	23
III. MATERIAL Y MÉTODO	29
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1 RESULTADOS	35
4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN	41
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1 CONCLUSIONES	46
5.2 RECOMENDACIONES	47
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	54

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01:	35
OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.	
TABLA N° 02:	37
TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017	
TABLA N° 03:	39
ESTRUCTURA FAMILIAR Y OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017	

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 01: OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.	36
FIGURA N° 02: TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017	38
FIGURA N° 03: ESTRUCTURA FAMILIAR Y OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017	40

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de conocer la asociación entre la estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017. La población estuvo conformada por 263 niños en edad escolar, que cumplan los criterios de inclusión. Los instrumentos de recolección de datos son: Cuestionario sobre estructura familiar y, Tablas de crecimiento de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el Índice de Masa Corporal (IMC) por edad para niñas y niños. El procesamiento de datos será mediante el software especializado SPSS versión 22.0. Obteniendo las siguientes conclusiones:

Existe una proporción significativa de niños escolares obesos (46.4%), y 53.6% no obesos. La mayoría de niños escolares pertenecen a estructura familiar nuclear (53.2%) y el 46.8% estructura familiar monoparental.

Existe asociación altamente significativa entre estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar ($p=0.000$) y, el tener una estructura familiar monoparental, se constituye en riesgo muy elevado para la presencia de obesidad en niños escolares ($OR=17$),

Palabras Claves: Estructura familiar; obesidad; edad escolar, Enfermería.

ABSTRACT

This research work is descriptive correlational type, with the aim of knowing the association between family structure and obesity in school-age children of the Mirador del Sur community, Nuevo Chimbote 2017. The population was made up of 263 children of school age, that meet the inclusion criteria. The data collection instruments are: Questionnaire on family structure and Growth charts of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for the Body Mass Index (BMI) by age for girls and boys. The data processing will be through the specialized software SPSS version 22.0. Obtaining the following conclusions:

There is a significant proportion of obese school children (46.4%), and 53.6% non-obese.

The majority of school children belong to a nuclear family structure (53.2%) and 46.8% are single-parent families.

There is a highly significant association between family structure and obesity in school-age children ($p = 0.000$) and, having a single-parent family structure, constitutes a very high risk for the presence of obesity in school children ($OR = 17$),

Keywords: Family structure; obesity; School age, Nursing

I. INTRODUCCION

El sobrepeso y la obesidad infantil son un importante problema de salud pública que se asocia a mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematura en la edad adulta (World Health Organization, 2012).

La obesidad se ha convertido en la epidemia del siglo XXI para medio mundo, mientras el otro medio se muere de hambre. La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que en el 2014, unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se ha duplicado: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia . Un niño con desnutrición entra en la edad adulta con una mayor propensión a tener sobrepeso y a desarrollar enfermedades crónicas. La OMS estima que cada año mueren al menos 2,6 millones de personas a causa de la obesidad . Y en 2014, había 641 millones de obesos en el mundo (266 millones de hombres y 375 millones de mujeres) (OMS, 2016).

La European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) de la OMS, realizada en población infantil de 6 a 9 años en doce países europeos mostró que la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) variaba entre el 19,3% y el 49,0% en niños y entre el 18,4% y el 42,5% en niñas según el país. La obesidad variaba entre el 6,0% y el 26,6% en niños y entre el 4,6% y el 17,3% en niñas. Las prevalencias más elevadas se encontraron en los países del sur de Europa, lo que muestra la existencia de un patrón norte-sur con mayor obesidad en los países europeos del sur (UNICEF, 2015).

Casi tres cuartas partes de los 42 millones de niños menores de 5 años que presentan obesidad o sobrepeso viven en Asia o en África. En los países donde la

prevalencia del sobrepeso y la obesidad se han estabilizado, las desigualdades económicas y sanitarias van en aumento y las tasas de obesidad continúan aumentando entre las personas de nivel socioeconómico bajo y en las minorías étnicas. La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que pueden alcanzar y a su calidad de vida. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles de gravedad. A pesar del aumento de la prevalencia mundial de la obesidad y el sobrepeso, todavía hay muchos lugares donde no se ha tomado conciencia de la magnitud de las consecuencias de la obesidad infantil, en especial en los países en los que la malnutrición es un problema común y la prevención de la obesidad no se considera una prioridad para la salud pública (BBC Mundo, 2016).

La etiología de la obesidad es multifactorial, siendo sus determinantes numerosos y complejos. Los principales factores sociales con evidencia son el nivel socioeconómico desfavorable (Wijnhoven, 2013), pertenecer a familia inmigrante (UNICEF & OMS, 2016) y a familia monoparental (Marín, 2010). Los factores genéticos y familiares, el sobrepeso al nacer (Marín, 2010) y la lactancia no materna tienen un papel importante en el desarrollo de la obesidad infantil (Gualdi, 2018), aunque a menudo están influenciados por factores ambientales y de estilos de vida. Asimismo, entre los determinantes relacionados con estos destacan los ligados a la conducta alimentaria y a la alimentación poco saludable (Moens, 2009), una limitada actividad física (AF) (Sanders, 2015), el excesivo visionado de pantallas que aumenta el sedentarismo o la disminución de las horas de sueño (Sahoo, 2015). Por otro lado, cada vez tienen mayor peso los factores ambientales que determinan un ambiente obesogénico (Lagiou, 2008).

La obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se consideran prioridades básicas. Entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles (las enfermedades cardiovasculares - principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares-, que fueron

la principal causa de muertes en 2012; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor -en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante-, y algunos cánceres -endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon-), la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida (Sekine, 2002).

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reporta que la tasa de sobrepeso y obesidad infantil en el sector urbano y rural es de 18% y 12%, respectivamente (Spruijt, 2011).

Los menores comprendidos entre los 5 a 9 años (etapa denominada de “crecimiento estable”), que ya tienen en la escuela otro ámbito de socialización y de asimilación de nuevos patrones de comportamientos nutricionales, marcan el inicio de una cadena de vulnerabilidad frente a la oferta alimentaria no nutricional. Los datos del módulo nutricional de la Encuesta Nacional de Hogares (2008) señalan que el sobrepeso comprendía a un 7.8% según la referencia NCHS (Organización Mundial de la Salud, 2016 & Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

Entre los adolescentes de 10 a 19 años (etapa en que se manifiestan procesos que influyen en el tamaño, forma y composición del organismo) el sobrepeso y la obesidad era del 13.5% en hombres y del 15% en mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En la Encuesta Global de Salud Escolar (2010), se reporta que el 20% y 3% de los escolares de secundaria presentan sobrepeso y obesidad, respectivamente (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, 2008).

Debido a que la obesidad infantil en el Perú está adquiriendo dimensiones que merecen una especial atención, el análisis de los factores asociados a la obesidad es fundamental para poder diseñar planes efectivos para su prevención. Es importante considerar los factores implicados a distintos niveles, puesto que el

origen de la obesidad trasciende de la responsabilidad individual. Por tanto, es importante tener en cuenta además de los factores individuales, los aspectos implicados a nivel social, en el medio escolar, en el ámbito familiar particularmente en la estructura familiar.

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil, en la cual se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias (Ministerio de Salud, 2011).

Actualmente los cambios económicos, culturales y contextuales sociales obligan también a realizar cambios en el interior y en la estructura familiar, donde la capacidad de adquisición se ha convertido en prioridad, favoreciendo el sedentarismo, la ingesta de comida rápida, el cuidado a cargo de los abuelos y autosuficiencia a edad temprana lo cual ha provocado un aumento exagerado de alteraciones en los estados de nutrición como el sobrepeso y obesidad (Ministerio de Salud, 2011).

En la mayoría de las familias, las mujeres tienen la responsabilidad primordial de alimentar a los niños (Domínguez, 2008), por esto la madre es considerada como la principal responsable de la transmisión de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación (Espitia, 2009).

Sin embargo, debido a cambios en la estructura familiar, manifestados por la incorporación de la mujer al mundo laboral y el hecho de que en la mayoría de las familias ambos padres trabajen fuera de casa, ha traído como consecuencia la reducción del tiempo dedicado al cuidado del niño, y falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina y de organización lo que resulta como evidencia la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad. Por consiguiente, estos factores han ocasionado que muchos niños coman cuándo, cómo y lo que quieran (Savage, 2007).

De igual manera, si se considera a la familia nuclear el modelo familiar más adecuado para el desarrollo del ser humano, se podría inferir qué alteraciones en su dinámica provocarían trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquéllos más vulnerables, dentro de ellos los niños en edad escolar (Domínguez, 2008) (Macias, 2014) (Suarez, 2016).

En el Ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionado con las variables de estudio de la presente investigación:

En EE.UU., Chen, A.Y. & Escarce, J.J. *Matern Child Health J* (2014), estudiaron “Estructura familiar y obesidad infantil: un análisis hasta el octavo grado”, Este estudio examina el efecto del número de padres y el número de hermanos en el índice de masa corporal (IMC) de los niños y el riesgo de obesidad. Se realizó un análisis de datos secundarios de la Cohorte Longitudinal de la Primera Infancia-Cohorte de Kindergarten (ECLS-K), que consiste en una cohorte nacionalmente representativa de niños que entraron al kindergarten en 1998-1999, para examinar el efecto de la estructura familiar en el índice de masa corporal Y el riesgo de obesidad desde el kindergarten hasta el octavo grado. Los resultados del estudio fueron IMC en kindergarten y octavo grado, estado de obesidad en kindergarten y octavo grado y cambio en IMC desde kindergarten hasta octavo grado. Las regresiones multivariadas se utilizaron para evaluar la asociación entre la estructura familiar y los resultados del estudio, mientras que el ajuste de otras covariables. En el 8vo grado, los niños sin hermanos tenían un IMC más alto (23,7 vs 22,6, $P \leq 0,01$) y mayor probabilidad de ser obesos (25,8 frente a 19,7%, $P \leq 0,05$) que sus homólogos con dos o más hermanos. También tuvieron un mayor aumento en el IMC desde kindergarten hasta octavo grado que los niños que viven con dos o más hermanos (7,3 versus 6,3; $P = 0,02$). Sugiere que la asociación entre la estructura familiar y la obesidad persiste e incluso se intensifica hasta el octavo grado (Chen, 2014).

En Colombia, González-Pastrana Yina, Díaz-Montes Carmen (2015), investigaron “Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena”, Determinar las características familiares asociadas al estado nutricional de los niños escolarizados de la ciudad de Cartagena. Estudio transversal, población 104 384 niños de 6 a 10 años de la ciudad de Cartagena.

Nivel de confianza 95 % , prevalencia 5,8 % , error 2 % . La muestra fue de 544 escolares. Se seleccionaron los colegios por afijación proporcional en cada una de las tres localidades de la ciudad, para un total de 21 colegios, posteriormente se seleccionaron, aleatoriamente los salones y de estos los niños hasta completar la muestra. Los instrumentos utilizados fueron la ficha y el APGAR familiar, para valorar las características familiares así como su funcionalidad y para el estado nutricional se tomaron las medidas antropométricas y se evaluaron en el programa WHO Anthro Plus. La información se procesó en el paquete estadístico Epiinfo 7. Los resultados fueron: el 53,9 % de los escolares presentó un adecuado estado nutricional mientras que el 46,1 % estaban malnutridos. Las características familiares asociadas a la malnutrición infantil por exceso fueron el número de integrantes OR 0.65 (IC: 0,4-0,9) y los ingresos familiares OR 0,53 (IC: 0,3-0,7). Por su parte a la malnutrición por déficit se asoció el ingreso familiar OR 2,08 (IC: 1,1-3,9) (González, 2017).

En Brasil, Ayllón, S. y Ferreira-Batista, N. (2015), investigaron “Mamá, extraño a papá”. El efecto de la estructura familiar sobre la salud infantil en Brasil”, el trabajo estudia la relación entre la monoparentalidad y la puntuación z de la estatura por edad de los niños en Brasil. Con el fin de aislar el efecto causal entre la estructura familiar y la condición de los niños, se estima un modelo econométrico que utiliza la preferencia masculina por los hijos primogénitos y las relaciones sexuales locales para instrumentar la probabilidad de que una mujer se convierta en madre soltera. Los resultados tienen una interpretación del efecto de tratamiento promedio local (LATE). Encontramos que los niños que son criados por una madre soltera tienen una puntuación z de altura por edad menor que la de niños de características similares que cohabitan con ambos progenitores. Afirmamos que la tendencia creciente de la maternidad soltera en Brasil debe ser motivo de preocupación en el diseño de políticas de salud (Ayllón, 2015).

En Mexico, Vasquez-Garibay, E. y colab. (2015), investigaron “Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos”, desde principios de los años noventa se observó que la disfunción familiar era más común en niños con desnutrición primaria severa que en los niños ingresados en el hospital sin desnutrición. Los defectos en los hábitos alimenticios durante el primer año de vida, especialmente el destete precoz y la alimentación complementaria

inadecuada, fueron más frecuentes en las familias disfuncionales. También observamos que la desnutrición crónica en niños en edad preescolar y el sobrepeso y la obesidad en escolares eran más comunes en niños de familias disfuncionales. Una vez demostrada la asociación entre la dinámica familiar disfuncional y la obesidad en los escolares, se observó que la baja escolaridad de los padres y las madres aumentó la doble posibilidad de disfunción familiar: OR: 2,06; IC del 95%: 1,37 - 3,10 y OR: 2,47; IC del 95%: 1,57-3,89, respectivamente. Además, los bajos ingresos y el menor poder adquisitivo de los alimentos se asociaron a disfunción familiar ($p < 0,05$). Una tarea restante es explorar cómo evaluar la disfunción familiar en familias compuestas, extendidas y monoparentales donde existen otras personas vulnerables a las diferentes entidades del síndrome de desnutrición y de hecho dependen de los adultos para su cuidado, alimentación y nutrición (Vásquez, 2015).

En España, Sánchez-Martínez, F. y colab. (2016), investigaron “Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 a 9 años de Barcelona”, estudio transversal descriptivo de una muestra representativa de 3.262 escolares en 2011. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (z-scores). Se estudiaron variables sobre conducta alimentaria, actividad física y uso de nuevas tecnologías mediante 2 cuestionarios. Se ajustaron modelos de regresión logística, obteniendo odds ratio ajustadas e intervalos de confianza (95%). Resultados: La prevalencia de sobrepeso fue del 24,0% y de obesidad del 12,7%. La obesidad fue significativamente mayor en niños que en niñas (14,8% vs. 10,8%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas según IMC en el cumplimiento de las recomendaciones de práctica de actividad física ni uso de nuevas tecnologías. Los factores asociados a la obesidad en niños fueron asistir a escuela situada en barrios de nivel socioeconómico desfavorable [ORa=1,88 (1,35-2,63)], pertenecer a familia inmigrante [ORa=1,57 (1,12-2,20)], no comer en el colegio [ORa=1,76 (1,20-2,59)] y hacer alguna comida solo [ORa=1,95 (1,27-3,00)]. En niñas fueron pertenecer a familia monoparental [ORa=1,58 (1,06-2,34)] y familia inmigrante [ORa=1,53 (1,07-2,18)]. Conclusiones: La prevalencia de obesidad infantil en Barcelona es alta. Es más frecuente en niños, siendo los determinantes sociales los factores asociados de mayor relevancia (Sánchez, 2016)

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones en relación con algunas variables de la presente investigación:

En Lima, Rosado-Cipriano, M.; Silvera-Robles, V. y Calderón-Ticona, J. (2011), investigaron “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares”, con el objetivo de determinar la prevalencia de obesidad en niños escolares de seis a diez años del distrito de Cercado de Lima. El estudio se llevó a cabo en cuatro instituciones educativas de nivel primario del Cercado de Lima, las cuales fueron seleccionadas al azar. La población estudiada fue de 600 escolares, de seis a diez años de edad, de ambos sexos (300 del sexo masculino y 300 del sexo femenino), distribuidos en cinco grupos etarios. Los valores del índice de masa corporal (IMC) fueron analizados según las tablas del CDC, teniendo como valores diagnóstico entre percentil 85 y 95 para sobrepeso y percentil más de 95 para obesidad. Se halló una prevalencia de 22% (132/600) de sobrepeso y un 22,8% (137/600) de obesidad. Según sexo, en varones: sobrepeso 19,7% (59/300) y obesidad 28,7% (86/300); y, en mujeres: sobrepeso 24,3% (73/300) y obesidad 17,0% (51/300) en mujeres. Hubo diferencia significativa en la prevalencia de obesidad. Y, hubo mayor obesidad en los niños de ocho años (mujeres 13,3% y varones de 38,3%) y nueve años (mujeres 11,7% y varones 30,0%) ($p = 0,003$ y $p = 0,02$, respectivamente) (Rosado 2011).

En Huancavelica, Percca, Y. (2014), investigó Factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, el estudio fue descriptivo de asociación cruzada, observacional, prospectivo y de corte transversal, en donde se tomó la medida del peso corporal y la estatura de 408 alumnos menores de cinco años de tres Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica, encontrándose 36 alumnos con el diagnóstico nutricional de sobrepeso y 6 con obesidad según el indicador peso para la talla, a cuyas madres se les aplicó la encuesta acerca de Factores asociados a sobrepeso y obesidad. Resultados: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares, peso al nacer, Lactancia Materna, pero si con la Publicidad Alimentaria de Alimentos no saludables y el sobrepeso y obesidad en los preescolares (Percca, 2014).

En el ámbito local se reporta la siguiente investigación:

Mendoza, E. y; Rodriguez, I. (2010). Investigaron “Estado nutricional y nivel de rendimiento escolar en estudiantes de educación primaria de la I.E. 89001, Chimbote”, en una muestra de 187 estudiantes, de los cuales el 82.9% presentan alteraciones nutricionales, siendo predominante la obesidad (28.3%), seguido de talla baja con un 17.1% y bajo peso con un 5.3%. El estado nutricional se relaciona significativamente con el rendimiento escolar ($p=0.000$) (Mendoza, 2010).

Particularmente en la comunidad Mirador del Sur, que está ubicado al sur de Nuevo Chimbote, cuenta con una población mayoritariamente adulta joven, de ocupación independiente, con predominio de estado civil conviviente, con una proporción significativa de familia monoparental, con aproximadamente 263 niños en edad escolar entre 6 y 12 años de edad según referencia de su Junta Directiva de la comunidad, en quienes se ha observado una conducta alimentaria poco saludable, motivo por el cual nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la asociación entre la estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo General

Conocer la asociación entre la estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017.

1.1.2. Objetivos Especificos

- 1) Identificar obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017.
- 2) Identificar el tipo de estructura familiar en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017.

- 3) Determinar la asociación entre la estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017.

1.2. HIPOTESIS

1.2.1. Hipótesis General

La estructura familiar se asocia significativamente con la obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017

1.3. IMPORTANCIA

El presente estudio será de importancia para fortalecer la información sobre el estado nutricional, particularmente sobre la obesidad en los niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, y contribuir en la toma de conciencia de los padres o apoderados, sobre el problema de la obesidad y, a los integrantes del equipo de salud, para rediseñar las intervenciones en salud infantil.

Asimismo, es importante considerar otras variables para análisis y comprensión del problema de la obesidad, como es la estructura familiar, y sea un criterio a considerar en los programas preventivos promocionales en salud escolar.

Los resultados permitirán a los profesionales de salud brindar una mejor atención enfocándose en los aspectos que influyen directamente en la nutrición de los niños e integrando a la familia como actor importante en el desarrollo de los hábitos alimenticios de sus hijos.

También contribuirá con la base de investigaciones de enfermería en salud escolar.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el modelo de enfoque de riesgo. (Castillo, 1999)

El enfoque de Riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Se compone del agente de riesgo y la vulnerabilidad, entre si desencadenan la probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. Surge entonces el término riesgo que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (Barillas, 2004)

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá a la efectividad de las intervenciones (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

El enfoque de riesgo tiene tres componentes, factores que pueden ser de riesgo o protectores, vulnerabilidad y probabilidad (daños o beneficios).

Factor, es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos (Barillas, 2004).

Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Factor de riesgo, es una característica o circunstancia detectable en un individuo o grupo, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho. Por ejemplo una familia con una determinada estructura familiar está en riesgo de experimentar obesidad en su niño en edad escolar (Barillas, 2014)

Asimismo, el enfoque de riesgo conduce a la identificación de los factores protectores.

Factores protectores, son aquellas características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que eleva su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales aun con la presencia de factores de riesgo. Los factores protectores son conocidos también como las condiciones que impiden la aparición del riesgo de las conductas conducente a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorece la resistencia al daño (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

Los factores de protección se pueden considerar de dos tipos: internos y externos, los factores internos son los atributos de la persona y los factores externos son los proporcionados por el contexto. Los factores protectores son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación. Para efectos de la investigación se considera como factor de riesgo la estructura familiar (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

La OMS la define la estructura familiar como personas con cierto grado de parentesco por sangre, adopción que vive juntos en un espacio físico. Si se la ve con fines estadísticos a más de lo anterior se añade que comen de la misma olla (Armas, 2007).

Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) la familia, es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción” (Solorzano, 2001).

La estructura familiar es el conjunto de personas que integran el grupo familiar, se distribuyen en el núcleo familiar y tiene un orden jerárquico que se establece de acuerdo a los roles (Ávalos, 2009).

La estructura familiar involucra las demandas funcionales con que interactúan los miembros de la familia, esto es, las pautas de interacción relativamente duraderas

entre los miembros de una familia, así como la composición del hogar. Vemos, así, que no existe un tipo ideal de familia, sino que hay diversidad en la vida familiar. Dentro de esta diversidad nos encontramos con familias complejas en su estructura, sin embargo esto no quiere decir que se trate de familias con complicaciones (McGoldrick, 2000).

Consecuentemente, el ideal de la familia nuclear tradicional o intacta se está modificando, lo que no implica la pérdida del rol, ni la pérdida de las relaciones de parentesco para dar entrada a otras estructuras como las familias monoparentales y las reconstituidas (Gracia, 2000) (Furman, 2009).

Para el estudio de las familias es importante conocer su tipología, la misma que puede ser clasificada por una diversidad de puntos de vista: familia de origen y familia de procreación, estos tipos de familia son: (Armas, 2007)

Estructura Nuclear, conformada por dos individuos adultos de distinto sexo, ósea padres e hijos que puede subclasificar por la cercanía de otros parientes, puede ser familia nuclear con parientes próximos viven en el mismo barrio o pueblo y tenemos la familia nuclear sin parientes próximos. Además por los núcleos de hijos tenemos: Pareja sola, esta pareja empieza o no tienen hijos o de adultos mayores.

Estructura monoparental: La pérdida de uno de los padres, puede causar impactos sobre la familia, particularmente sobre los hijos. Entre ellas sobresalen algunas situaciones, como la melancolía, las dificultades económicas – particularmente cuando queda al cargo una mujer- y las dificultades para organizarse sólo con la crianza de los hijos (McGoldrick, 2000).

Estructura compleja: Familia resultante de convivencia de al menos tres generaciones en sentido vertical, padres y/o madres con hijos a su cargo corresidentando con sus progenitores de origen.

Estructura Binuclear o reconstituida: tiene dos núcleos de hijos que viven en la misma casa (divorciado, viuda que se volvió a casar). Familia constituida por dos adultos y los hijos convivientes a su cargo, derivada del nuevo matrimonio o emparejamiento de los progenitores.

La vulnerabilidad, se define como la medida de susceptibilidad o predisposición intrínseca de una persona a sufrir un daño a su salud. Es el resultado de un número de características interactuantes las que unidas confieren un riesgo en particular ya sea de estar sano o sufrir una enfermedad en el futuro (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

Para efectos de esta investigación el niño en edad escolar por sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

La edad escolar es el periodo que se extiende desde los seis a los doce años de edad. Esta denominación responde a un criterio de delimitación del mismo por edad cronológica, y hace referencia al inicio de los aprendizajes sistemáticos e instituciones educativas, fenómeno común en distintas sociedades (Furman, 2009).

Es por esta razón que la escolarización tiene una gran importancia así como también los amigos, y los juegos que los mantienen alejados de la casa y separados de la familia aunque el hogar es todavía el lugar más importante de su vida y las personas que residen ahí son las más importantes para ellos (Furman, 2009).

Probabilidad, es la posibilidad que existe entre varias posibilidades, que un hecho o condición se produzcan (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Es el componente resultado del enfoque de riesgo que se expresa en daño o beneficio (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Daño, es el resultado, afección o situación en función del cual mide el riesgo. En tal sentido la probabilidad de daño para efecto de esta investigación es el niño escolar obeso (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Beneficio, es la probabilidad de éxito, para efectos de esta investigación la probabilidad de beneficio es un niño no obeso (Vásquez, 2015). Por lo tanto la

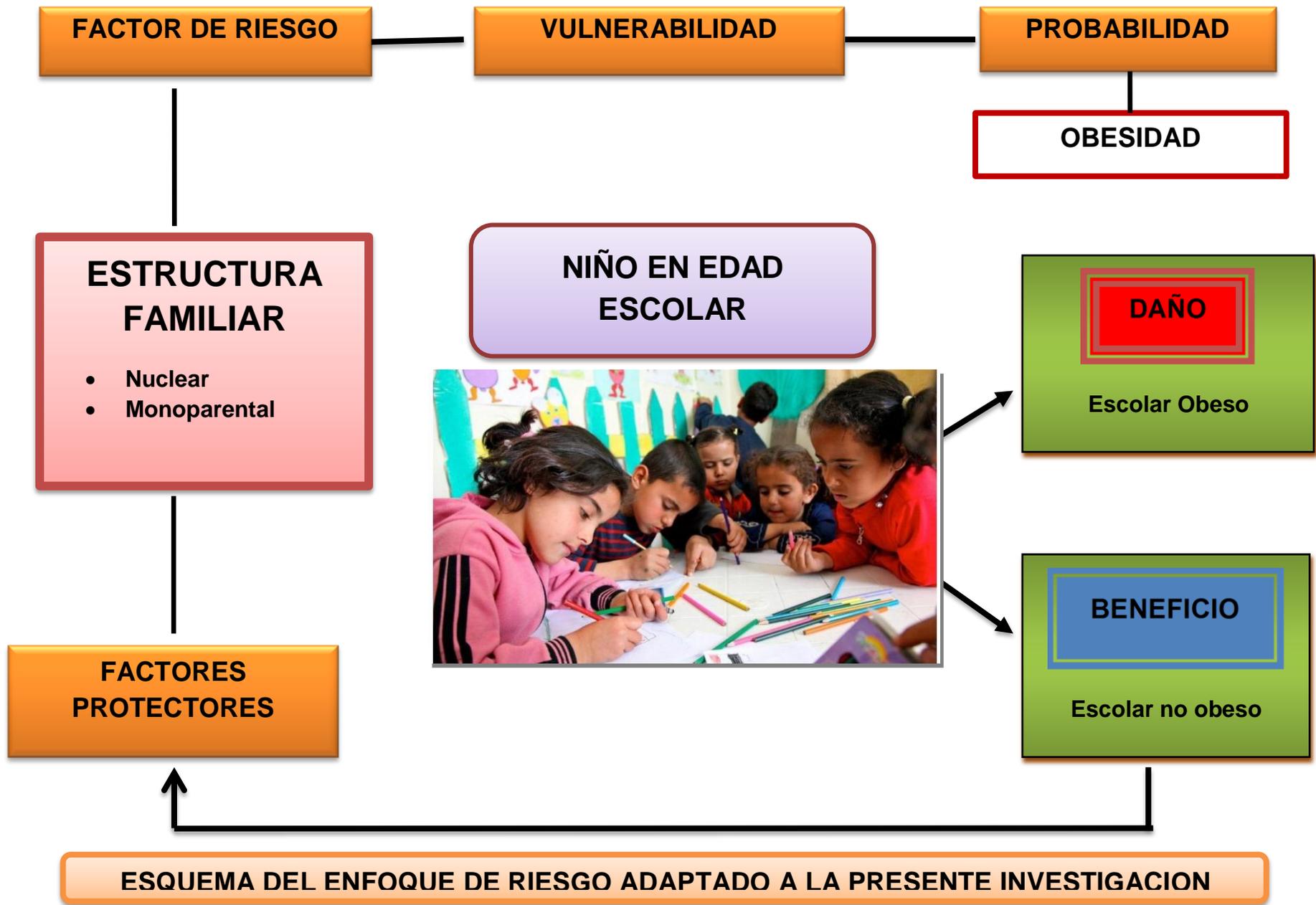
presente investigación está representada por la condición de obesidad del niño escolar expresado en obeso o no obeso.

La obesidad es un enfermedad crónica no trasmisible, “En su etiopatogenia se considera que es una enfermedad multifactorial”, se caracteriza por el aumento de grasa corporal (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La grasa corporal no puede medirse en forma directa en los seres humanos por lo que utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC) de Quetelet como medida internacional para medir adiposidad. Se calcula dividiendo el peso en Kilogramos sobre el cuadrado de la estatura en metros. $IMC, Kg/m^2 = \text{Peso (Kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$. La OMS define el sobrepeso cuando el IMC es mayor o igual a 25Kg/m², y obesidad cuando el IMC es mayor o igual a 30 Kg/m² (Montiel, 2011).

En el caso de los niños de 5 a 19 años, la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud, mayor al percentil 95 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

La teoría de enfoque de riesgo nos permite medir la probabilidad de obesidad del niño escolar, asimismo implica analizar la presencia de un factor de riesgo o varios para actuar sobre ellos con anticipación y evitarlos. Así el presente estudio pretende determinar el grado de asociación que existe entre la obesidad y estructura familiar y de acuerdo a ello actuar preventiva y promocionalmente desarrollando estrategias e intervenciones en beneficio del niño escolar. A continuación se presenta la propuesta de esquema adaptada a la presente investigación, con el objeto de contribuir en el conocimiento científico de enfermería.

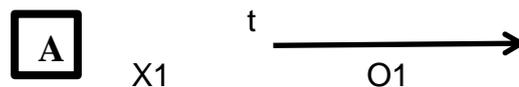


III. MATERIALES Y METODOS

3.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo correlacional, porque pretende establecer la asociación entre la estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar .

Es de corte transversal por que obtendrá los datos en un solo momento.



A : Niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur

O1 : Estructura familiar

X1 : Obesidad

T : Año 2017

3.2. METODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

3.3. POBLACION MUESTRAL

Estará conformada por 263 niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017.

a) Unidad de análisis:

Niño en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur.

b) Marco muestral:

Registro de niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur

c) **Criterio de inclusión:**

- Niños en edad escolar de ambos sexos entre 6 y 12 años de edad
- Niños en edad escolar que residan en la comunidad.
- Niños en edad escolar cuyos padres estén de acuerdo en que participen en la investigación.

3.4. ASPECTOS ETICOS

Se dio cumplimiento a los principios éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad del Santa. (Anexo 1)

- **AUTONOMÍA:** Definido como la capacidad que tienen las personas de tomar decisiones, en la investigación, se respetará la decisión voluntaria.
- **ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD:** Privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso.
- **BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA:** Este principio se refiere a la búsqueda del bien o beneficencia como investigadoras de no hacer daño ni discriminar a ninguna estudiante de dicha institución. En el presente estudio de investigación se tomó en cuenta la discreción en los datos personales y la privacidad de los niños en edad escolar .
- **PRINCIPIO DE RESPETO DE LA DIGNIDAD HUMANA:** comprende el derecho del sujeto a la autodeterminación, lo cual significa que se respetó la decisión de las madres de los niños que serán objetos en la investigación.
- **JUSTICIA:** Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde. Incluye a que los participantes han tenido derecho a un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación en el estudio.
- **INTEGRIDAD CIENTÍFICA:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a la investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.
- **RESPONSABILIDAD:** Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la

realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general.

3.5. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

A. VARIABLE 1:

➤ ESTRUCTURA FAMILIAR.

Definición Conceptual: La estructura familiar es el conjunto de personas que integran el grupo familiar, se distribuyen en el núcleo familiar y tiene un orden jerárquico que se establece de acuerdo a los roles. (Ávalos, 2009)

Definición operacional: Se considera cuatro estructuras familiares:

- 1) Estructura nuclear
- 2) Estructura monoparental
- 3) Estructura compleja
- 4) Estructura binuclear

B. VARIABLE 2:

➤ OBESIDAD

Definición conceptual: La obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, En el caso de los niños de 5 a 19 años, la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

Definición operacional: De acuerdo a la escala nominal.

1. Obeso: Igual o mayor al percentil 95
2. No obeso: Menor al percentil 95

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se tomó la técnica de encuesta y como instrumento:

a) Cuestionario sobre estructura familiar (Anexo N° 2),

Instrumento basado en Luengo, T. y Roman, J. (Luengo, 2013), que considera cuatro estructuras: Estructura nuclear, Estructura monoparental, Estructura compleja y, Estructura binuclear.

b) Tablas de crecimiento de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el Índice de Masa Corporal (IMC) por edad para niñas y niños (Anexo N° 3 y 4),

Las Tablas Tienen en cuenta estas diferencias por género y permiten la interpretación de un número de Índice de Masa Corporal (IMC) a un percentil para el sexo y la edad de un niño o adolescente. El IMC se recomienda para detectar el sobrepeso y la obesidad en los niños desde los 2 años de edad. Considera las siguientes categorías:

- 1) Obeso: Igual o mayor al percentil 95
- 2) No obeso: Menor al percentil 95

3.7. VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos se encuentran validados, y es aplicado por el Ministerio de Salud del Perú.

3.8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Se solicitó la autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación a la Dirección de la EP de Enfermería y de igual manera a la comunidad Mirador del Sur.
- Se ubicó a los niños en edad escolar entre 6 y 12 años de edad de la comunidad según criterios de inclusión.
- Luego se aplicó la evaluación utilizando los instrumentos descritos.
- Antes de calcular el IMC, se obtuvo las medidas precisas de estatura y peso de los niños en edad escolar.
- Se Calculó el IMC y el percentil usando la Calculadora del IMC para niños y adolescentes. El número del IMC se calculará usando fórmulas estándar.
- Se Revisó el percentil calculado del IMC por edad y los resultados. El percentil del IMC por edad se utiliza para interpretar el número del IMC porque este es tanto específico para la edad como para el sexo para los niños.
- Las tablas de crecimiento de los CDC para el IMC por edad para niñas y niños, tienen en cuenta estas diferencias y permiten la interpretación de un número de IMC a un percentil para el sexo y la edad de un niño o adolescente
- Luego se ubica la categoría del nivel de peso para el percentil del IMC por edad calculado, según definición operacional, como se muestra en el ejemplo anexo (Anexo 05)

3.9. TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante la clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el uso del programa estadístico: SPSS/info/software versión 22.0.

A Nivel Descriptivo: Los resultados están representados en tablas simples y de doble entrada, cifras absolutas y relativas, media aritmética y desviación estándar.

A Nivel Inferencial: Se aplicó la prueba Estadística no paramétrica Chi cuadrado para determinar la asociación de las variables de estudio, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Las figuras se realizó en el software Harvard Graphics según variables de estudio.

IV. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS:

TABLA Nº 01: OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.

OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR	fi	Hi
Obeso	122	46.4
No obeso	141	53.6
TOTAL	263	100,0



FIGURA Nº 01: OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.

TABLA Nº 02: TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.

TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR	fi	Hi
Nuclear	140	53.2
Monoparental	123	46.8
Compleja	0	0.0
Binuclear	0	0.0
TOTAL	263	100,0

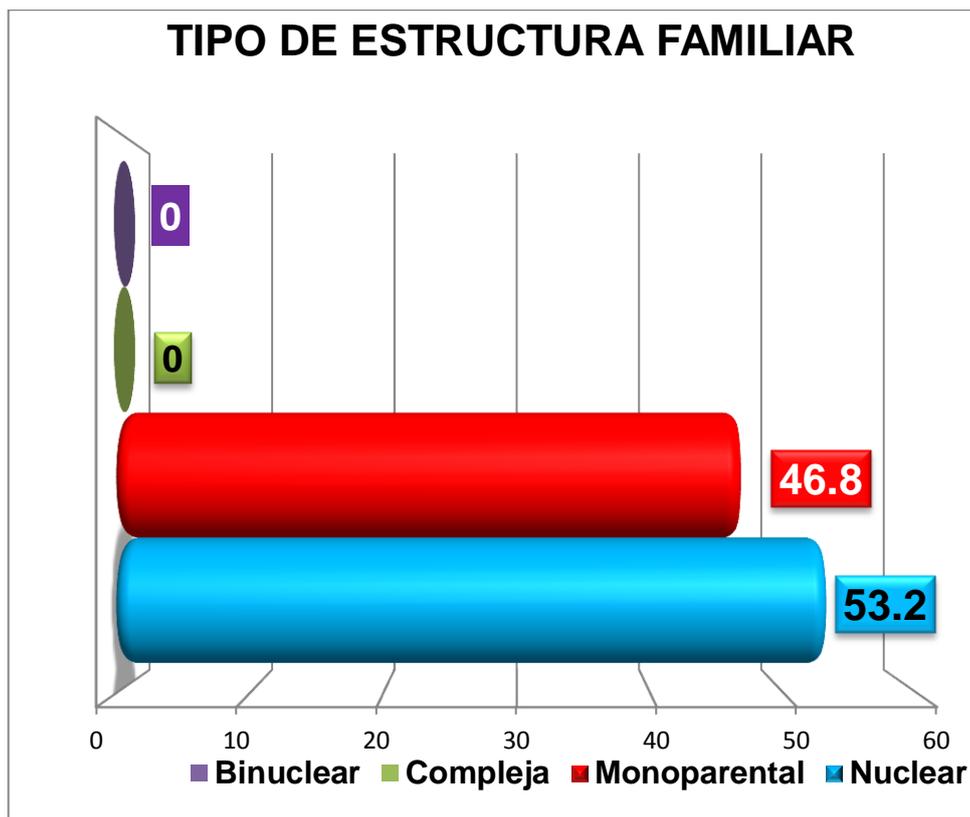


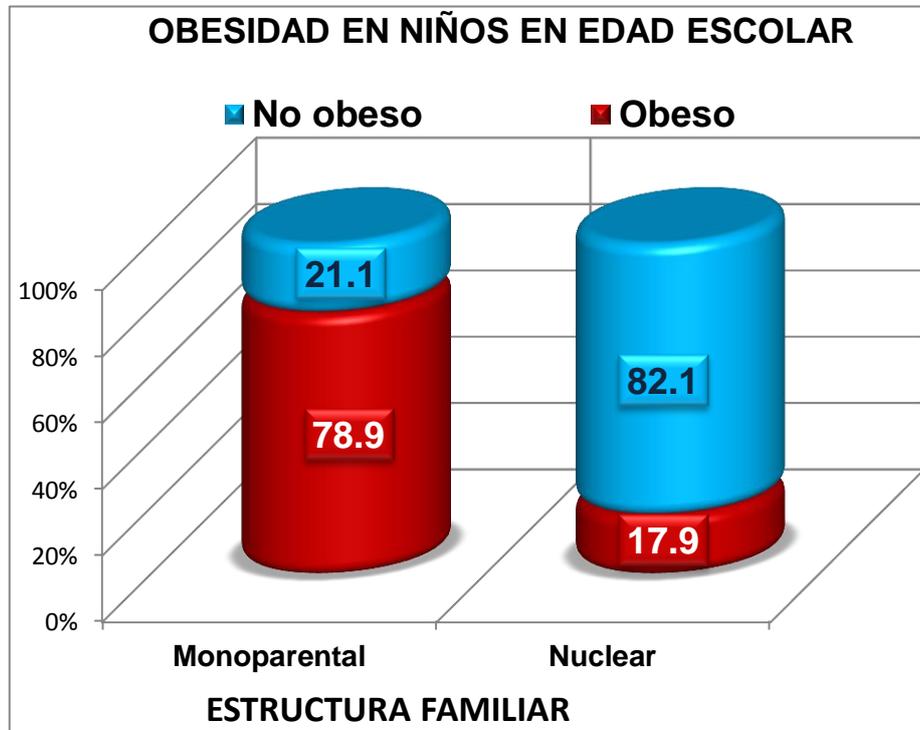
FIGURA Nº 02: TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017..

TABLA Nº 03: ESTRUCTURA FAMILIAR Y OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.

ESTRUCTURA FAMILIAR	OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR				Total	
	Obeso		No obeso		fi	hi
	fi	hi	fi	hi		
Monoparental	97	78.9	26	21.1	123	100.0
Nuclear	25	17.9	115	82.1	140	100.0
TOTAL	122	46.4	141	53.6	263	100,0

$X^2 = 97.9796$ gl = 1 p=0,000 Altamente Significativo

OR= 17 Riesgo muy elevado



$X^2 = 97.9796$ gl = 1 p=0,000 Altamente Significativo

OR= 17 Riesgo muy elevado

FIGURA Nº 3: ESTRUCTURA FAMILIAR Y OBESIDAD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DE LA COMUNIDAD MIRADOR DEL SUR, NUEVO CHIMBOTE 2017.

4.2. ANALISIS Y DISCUSIÓN:

En la **Tabla Nº 01**, sobre la obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017, se observa mayor proporción de no obesos (53.6%), seguidos de obesos con el 46.4%..

Los resultados son similares con lo reportado por Sánchez-Martínez, F. y colab. (Sánchez, 2016) y Rosado-Cipriano, M.; Silvera-Robles, V.; Calderón-Ticona, J. (Rosado, 2011), y Mendoza, E. y; Rodriguez, I. (Mendoza, 2010), quienes encontraron bajo porcentaje de obesidad. Asimismo los resultados son mayores a los promedios del Perú (Macias, 2012).

La causa fundamental de la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías ingeridas y calorías consumidas. Otro aspecto relevante es el sedentarismo debido a la mayor automatización de las actividades diarias, y a la modernización es especial en el área urbana y urbana marginal.

La génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores. Aún más, los hábitos alimenticios personales y familiares, estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares son un fuerte detonador de la obesidad (Cabello, 2007).

Además la obesidad ocurre debido a las interacciones dentro y entre aquellos contextos compuestos principalmente por los factores intrapersonales, constituidos por pensamientos, sentimientos y actitudes; los factores familiares, representados por el medio ambiente que rodea la alimentación en la familia, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, disponibilidad de comida en casa y los factores culturales, como el medio ambiente escolar, influencia de los medios, estilos de vida, así como el apoyo clínico y social.

Esta tendencia es de preocupación para la salud pública, toda vez que está demostrado que un tercio de los pre-escolares y la mitad de los escolares con

obesidad serán adultos obesos y con mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares.

En la **Tabla Nº 02**, sobre el tipo de estructura familiar en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017, se observa, que la mayoría presentan estructura familiar nuclear (53.2%) y el 46.8% estructura familiar monoparental. No se reportan otros tipo de estructura familiar como compleja y binuclear.

Los resultados reflejan el predominio de una estructura familiar nuclear, Integrada por una pareja con o sin hijos, o por uno de los miembros de la pareja con sus descendientes; incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores, la adopción y el equivalente de pareja, que en términos generales sería la mas saludable . Y de estructura familiar monoparental, que se caracteriza por ser una familia constituida por uno o varios hijos que tienen a su cabeza un solo progenitor, y cuyo proceso de formación se localiza en situaciones de desestructuración familiar y/o parentalidad biológica o social, por la pérdida de uno de los padres, lo que puede causar impactos sobre la familia. Es decir, entendemos por familia mor noparental toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez el que ostenta, sea de hecho o de derecho, la custodia sobre los mismos (McGoldrick, 2000).

Esto es corroborado por quienes refieren que los adultos mayores en su mayoría viven en casa de algunos de sus hijos y las familias de estos son monoparentales, además que tienen disfunción familiar en diversos grados (Araujo, 2011).

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación (Rosado, 2011)

En la **Tabla Nº 03**, sobre la estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar de la comunidad Mirador del Sur, Nuevo Chimbote 2017, se observa, que entre los de estructura familiar monoparental prevalece la presencia de niños obesos (78.9%), a diferencia de los de estructura familiar nuclear, en quienes prevalece los niños no obesos (82.1%).

Ante la prueba de independencia de criterios (χ^2 cuadrado), existe asociación altamente significativa entre estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar ($p=0.000$). Ante la prueba de riesgo, el tener una estructura familiar monoparental, se constituye en riesgo muy elevado para la presencia de obesidad ($OR=17$), es decir, existe 17 veces más riesgo que los niños escolares presenten obesidad si pertenecen a una estructura familiar monoparental.

Los resultados son similares a lo reportado por Chen, A.Y. & Escarce, J.J. *Matern Child Health J* (Chen, 2014), quienes reportan asociación entre la estructura familiar y la obesidad; por González-Pastrana Yina, Díaz-Montes Carmen (González, 2015) quienes refieren que las características familiares asociadas a la malnutrición infantil por exceso fueron el número de integrantes.

Asimismo coincide con Ayllón, S. y Ferreira-Batista, N. (Sara, 2015), quienes encontraron que los niños que son criados por una madre soltera tienen una puntuación z de altura por edad menor que la de niños de características similares que cohabitan con ambos progenitores. Con, Vasquez-Garibay, E. y colab. (Vásquez, 2015), quienes reportan que la desnutrición crónica en niños en edad preescolar y el sobrepeso y la obesidad en escolares eran más comunes en niños de familias disfuncionales. Con, Sánchez-Martínez, F. y colab. (Sánchez, 2016), quienes encontraron que los factores asociados a la obesidad en niñas fueron pertenecer a familia monoparental.

Los resultados reflejan que una estructura familiar monoparental es un factor de riesgo muy elevado para la presencia de obesidad en niños escolares, incrementando la probabilidad de experimentar un daño a la salud (Sara, 2015).

La problemática de las familias monoparentales es muy amplia y repercute en muchos ámbitos de la vida cotidiana. La situación de estas familias no es homogénea, pero el hecho de que estén encabezadas por sólo uno de los progenitores (generalmente la mujer) supone una problemática común, aunque en cada caso puede estar más o menos agravada según las circunstancias de cada cual y de ciertas variables como nivel educativo y de ingresos, actividad laboral (Millan, 2002).

La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que pueden alcanzar y a su calidad de vida. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles de gravedad, situación donde la familia juega un rol protagónico por la vida y salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011) (Rosado, 2011).

La familia es uno de los pilares fundamentales en la sociedad y es el primer lugar donde todo niño/a desde su nacimiento se transforma, desde su inicio de vida, aprendiendo o no valores, normas, reglas, luego los niños/as pasan a la edad escolar donde pasan mucho más tiempo fuera de casa y es por esta razón que es importante decir que la escolarización es el acontecimiento importante porque la escuela es una pequeña sociedad donde tendrá que soportar y adaptarse a los otros, compararse y acomodarse a la acción del maestro/a porque la mente infantil es tan maleable que puede recibir todas las impresiones y adquirir la forma que el educador quiere darle. Es por esta razón que la escolarización tiene una gran importancia así como también los amigos, y los juegos que los mantienen alejados de la casa y separados de la familia aunque el hogar es todavía el lugar más importante de su vida y las personas que residen ahí son las más importantes para ellos.(Furman, 2009).

En nuestra sociedad multicultural actual, no solo hacemos frente a problemas de salud pública, sino también afrontamos interpretaciones diversas y cambiantes de las enfermedades, así como a distintos conceptos de la salud. Éstos, tienen un gran impacto en el día a día de niños y adolescentes, dado que se convierten en temas difíciles de abordar. Es por esto, que la escuela, al ser un agente de socialización de gran importancia en la vida de los niños, se convierte en el lugar

ideal donde enfermeras/os escolares pueden promover e implementar una vida y entorno más saludable, y con ello afectar de forma positiva a los miembros de toda la comunidad escolar. En la actualidad, niños y adolescentes tienen necesidades específicas en materia de salud, y en muchos casos, son difíciles de comprender por los padres y profesores sin el soporte y ayuda de profesionales de la salud, como lo son las/os enfermeras/os escolares. (Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar, 2009)

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Existe una proporción significativa de niños escolares obesos (46.4%), y 53.6% no obesos.
2. La mayoría de niños escolares pertenecen a estructura familiar nuclear (53.2%) y el 46.8% estructura familiar monoparental.
3. Existe asociación altamente significativa entre estructura familiar y obesidad en niños en edad escolar ($p=0.000$) y, el tener una estructura familiar monoparental, se constituye en riesgo muy elevado para la presencia de obesidad en niños escolares ($OR=17$),

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ A los profesionales de salud particularmente a los profesionales de enfermería que se encuentran en contacto directo con niños escolares deben elaborar, diseñar, implementar y/o establecer estrategias de promoción de salud escolar y enfatizar en el rol que cumple la familia y su estructura para prevenir la obesidad .
- ✓ Implementar unidades de Enfermería en Salud Escolar en cada colegio público y privado.
- ✓ Colaborar y participar con entidades y organizaciones locales, para mejorar la salud en la comunidad escolar.
- ✓ Que las universidades formadores de profesionales de enfermería del Perú, fomenten la investigación de ámbito internacional, nacional, regional y local sobre la problemática del niño escolar en el ámbito biopsicosocial.

VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

Ávalos M, Arellano J. Manejo del Padecer Familiar. México DF. Corporación Intermédica S.A de C.V. 2009.

Araujo, I; Constanca, P; Martins, M. Vivir con más edad en contexto familiar influye en la dependencia en el autocuidado. Portugal; 2011

Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar (2009). Enfermeras/os Escolares: Habilidades, competencias y funciones. España.

Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios, las familias por dentro. Quito: Ediciones América; 2007; pag 28-52

Barillas Araúz J. Enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud. Material didáctico, área Conducta Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Fase I. 2004.

BBC Mundo (2016). ¿Cuáles son los países con más obesos en el mundo?. Redacción BBC Mundo [Internet]. 2016. [consultado el 28/06/2017]. Disponible en internet:

http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160401_salud_paises_mas_obesos_lb

Cabello M, Zuñiga J. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico la obesidad: CIENCIA UANL (internet). 2007 (citado 09/12/2015); 10(2): 183-188. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>

Castillo - Salgado C. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno – infantil. Serie Paltex, No. 7. 2; 11-34. 2da edición. OPS, Washington D.C. 1999.

Cabello M, Zuñiga J. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico la obesidad: CIENCIA UANL (internet). 2007 (citado 09/12/2015); 10(2): 183-188. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2008). Encuesta Nacional de Hogares Ier Trimestre 2008. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/ier/encu_vigi_cenan/PerfilNutricionalypobrezaENAH02008.pdf

Chen, A.Y. & Escarce, J.J. *Matern Child Health J*(2014). Estructura familiar y obesidad infantil: un análisis hasta el octavo grado. 18: 1772. doi:10.1007/s10995-013-1422-7

Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN* [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado el 24 de mayo de 2012]; 58 (3): 249-255. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es.

Domínguez P; Olivares S, Santos J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN* [online]. 2008; 58, (3): 249-255.

Espitia-Carrascal RE, Montes-Rotela M. (2009). Influencia de la familia en el proceso educativo de los menores del barrio de Costa Azul de Sincelejo (Colombia). *Investigación y desarrollo* 2009; 17 (1): 84-105.

Furman, W., y Buhrmester, D. (2009). The Network of Relationships Inventory: Behavioral Systems Version. *International Journal of Behavior Development*, 33, 470-478

Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.

González-Pastrana Yina, Díaz-Montes Carmen. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Rev. salud pública* [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Mar 05]; 17(6): 836-847. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000600002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.43642>.

Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. (2014). Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health*. 2014 Aug; 24 Suppl 1:40-6.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2011). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011

Lagiou A, Parava M. (2008). Correlates of childhood obesity in Athens, Greece. *Public Health Nutr*. 2008; 11: 940-5. 16. de Jong E, Visscher TL, HiraSing RA, Heymans MW, Seidell JC, Renders CM. Association between TV viewing, computer use and overweight, determinants and competing activities of screen time in 4- to 13-year-old children. *Int J Obes. (Lond)*. 2013 Jan; 37(1):47-53.

Luengo, T. y Roman, J. (2013). Estructura familiar y satisfacción parental: propuesta para la intervención. Universidad de Valladolid. España

Macias A, Gordillo L, Camacho E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *RevChilNutr*. 2012; 39 (3):40-43

McGoldrick, M. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

Mendoza, E. y; Rodriguez, I. (2010). Estado nutricional y nivel de rendimiento escolar en estudiantes de educación primaria de la I.E. 89001, Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote.

Marín-Guerrero AC, Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Regidor-Poyatos R, Rodríguez-Artalejo F. (2010). Prevalencia de obesidad en in-migrantes en Madrid. Med Clin. (Barc) 2010 Apr 17; 134(11):483-85.

Millan , M. A., & Serrano , S. (2002). Psicología y Familia. Madrid: Cáritas España

Ministerio de Salud (2011). Encuesta Global de Salud Escolar 2010. Lima Perú.

Moens E, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y. (2009). Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: A cross-sectional study. Eur Eat Disord Rev. 2009 Jul; 17(4):315-23.

Montiel Ortiz Nora, D. (2011). Funcionalidad Familiar en pacientes con obesidad en el consultorio de Nutrición de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional ISSSTE. Tesis de Grado de Especialista En Medicina Familiar.

NCHS (2012). Centro Nacional de Estadística de Salud de los EEUU

OMS (2016). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. [Internet]. 2016. [consultado el 28/06/2018]. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Enero de 2015 (consultado 02/08/2018). Nota descriptiva N°311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Percca, Y. (2014). Factores asociados al sobrepeso y obesidad de preescolares de Instituciones Educativas Iniciales de la ciudad de Huancavelica. Huancavelica.

Rosado-Cipriano, M.; Silvera-Robles, V. y Calderón-Ticona, J. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares, Lima. Rev Soc Peru Med Interna 2011; vol 24 (4)

Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. J Family Med Prim Care. 2015 Apr-Jun; 4(2):187-192

Sánchez-Martínez F. y otros (2016). Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en escolares de 8 a 9 años de Barcelona. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2017 Mar 05]; 90: e40027. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100428&lng=es. Epub 02-Dic-2016

Sanders RH, Han A, Baker JS, Cogley S. (2015). Childhood obesity and its physical and psychological co-morbidities: a systematic review of Australian children and adolescents. Eur J Pediatr. 2015 Jun; 174(6):715-746.

Sara Ayllón, Natalia N. Ferreira-Batista (2015). *Mommy, I miss daddy'*. The effect of family structure on children's health in Brazil Original Research Article *Economics & Human Biology*, Volume 19, December 2015, Pages 75-89

Savage J, Jennifer Orlet Fisher, Birch L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior. J LawMedEthics. 2007; 35(1): 22–34.

Sekine M, Yamagami T, Handa K, Saito T, Nanri S, Kawaminami K et al. (2002). A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: results of the Toyama Birth Cohort Study. Child Care Health Dev. 2002 Mar; 28(2):163-170.

Solorzano M, Brandt C, Flores O. Estudio Integral del Ser Humano y su familia. Venezuela: Gráficas La Bodoniana: 2001; pag12

Spruijt-Metz D. (2011). Etiology, treatment and prevention of obesity in childhood and adolescence: A decade in Review. *J Res Adolesc.* 2011 Mar; 21(1):129-152

Suarez M. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Paceaña Med Familiar.* 2006; 3 (4): 95-100

Vásquez-Garibay, E. y otros (2015). Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos. [Gac Med Mex](#); 151(6): 788-97, 2015 Nov-Dec. Artigo em Espanhol | MEDLINE | ID: mdl-26581537

UNICEF (2015). Datos y cifras clave sobre nutrición. Únete por la Niñez. [Internet]. 2015. [consultado el 28/06/2017]. Disponible en internet: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Nutrition_ESP.pdf
Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Ho-vengen R, Kunesova M et al. (2013). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes.* 2013 Apr;8(2):79-97

UNICEF, OMS, (2016). Mundial. Levels and trends in child mal nutrition: UNICEF-WHO-World Bank Joint child malnutrition estimates (edición de 2016), disponible en <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2015/en/>

World Health Organization (2012). Sobrepeso y obesidad infantiles. Centro de Prensa [Internet]. 2012. [consultado el 20/02/2018]. Disponible en internet: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente proyecto investigación está siendo conducida por Diaz Alvarez, Deyssi Johana y Alzamora Olivos, Wanda Cecilia, con la asesoría del profesor Dr. Juan Miguel Ponce Loza de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 20 minutos de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____
doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Nombre
Nombre

Nombre del asesor:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante

ANEXO N° 02

Cuestionario sobre estructura familiar

Leer atentamente y según su condición familiar marcar con un aspa (X) lo que corresponda a su situación familiar:

1) Estructura nuclear ()

Si la familia esta constituida por los padres y madres convivientes con hijos a su cargo y cuyo proceso de formación se localiza en el matrimonio o en las nuevas formas de cohabitación.

2) Estructura monoparental ()

Familia constituida por uno o varios hijos que tienen a su cabeza un solo progenitor, y cuyo proceso de formación se localiza en situaciones de desestructuración familiar y/o parentalidad biológica o social.

3) Estructura compleja ()

Familia resultante de la convivencia de al menos tres generaciones en sentido vertical, padres y/o madres con hijos a su cargo coresidiendo con sus progenitores de origen.

4) Estructura binuclear ()

Familia constituida por dos adultos y los hijos convivientes a su cargo, derivada del nuevo matrimonio o emparejamiento de los progenitores.

ANEXO N^a 04

Ejemplo de cómo algunas muestras de números de IMC deben interpretarse para un varón de 10 años

