



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN
PREESCOLARES DEL POLICLÍNICO MARÍA DONROSE
SUTMÖLLER 2017**

**PRESENTADO POR
HAYRA GERALDINE ALVARADO DÁVILA**

**ASESOR
FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LIMA – PERÚ
2018**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN
PREESCOLARES DEL POLICLÍNICO MARÍA DONROSE
SUTMÖLLER 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR
HAYRA GERALDINE ALVARADO DÁVILA**

**ASESOR:
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Páginas
Portada	
Índice	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	
1.4 Justificación	4
1.4.1. Importancia	4
1.4.2. Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	20
3.2 Variables y su operacionalización	20
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Procedimientos de recolección de datos	23
4.4 Procesamiento y análisis de los datos	24
4.5 Aspectos éticos	24
RECURSOS	25
PRESUPUESTO	26
CRONOGRAMA	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
ANEXOS:	
Anexo 01: Matriz de consistencia	
Anexo 02: Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 03: Consentimiento informado (cuando corresponda)	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La familia es el primer y más importante espacio de contacto y desarrollo de todo ser humano, y se convierte en una pieza fundamental en el proceso salud-enfermedad del individuo, por tanto, debe ser considerada en la entrevista clínica ya sea como factor protector o de riesgo para desarrollar ciertas patologías o conductas entre sus miembros. Nuestra sociedad está en constantes cambios, y la familia no es ajena a ella, pues también ha ido evolucionando, tanto en su estructura como en su dinámica intrafamiliar, desprendiéndose de ella relaciones positivas o negativas entre sus miembros, generando diversas formas de afrontamientos a experiencias vividas, así como un proceso o no de adaptabilidad a los cambios propios del ciclo familiar y a la era tecnológica y moderna en que nos desenvolvemos.

Ciertamente, es la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria la que incluye ampliar el enfoque a la hora de evaluar ciertas entidades nosológicas, principalmente cuando éstas afectan a grupos vulnerables como es la edad preescolar; al ser una etapa que favorece la formación de la conducta alimentaria. Las personas a esta edad comienzan a mostrar cierta autonomía e independencia que pueden manifestarse en preferencias o rechazos hacia ciertos alimentos, convirtiendo, por tanto, a la conducta alimentaria en un factor importante que puede influir sobre el crecimiento y desarrollo de los mismos que a largo tiempo repercutirá en su salud, calidad de vida y en la formación de un adulto productivo para la sociedad. De aquí se desprenden diferentes problemas de salud asociados a conductas alimentarias inadecuadas que pueden llevar a sobrepeso y obesidad, y en el otro extremo anorexia, bulimia y desnutrición, en nuestros pacientes, manifestándose desde muy temprana edad.

Por citar datos estadísticos de alguna de las consecuencias de conductas alimentarias inadecuadas, según la OMS, en el año 2013 el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó 10 millones de los 32 millones de niños menores de cinco años que tienen sobrepeso a nivel mundial en 1990, más de las $\frac{3}{4}$ viven en países de medianos y bajos ingresos. Y aunque parezca poco creíble sólo en África, el número de niños con sobrepeso u obesidad se duplicó en este periodo.¹

Asimismo, en los países en desarrollo con economías emergentes (países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%.

Si esta situación persiste, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para el 2025 y la tendencia es a permanecer en ese estado de malnutrición durante sus otras etapas de vida. La obesidad en la infancia está relacionada a una variedad de complicaciones y a un elevado riesgo de contraer enfermedades de manera precoz, entre ellas, diabetes y cardiopatías. En este informe de la OMS del 2014 dentro de los factores relacionados a obesidad infantil, mencionan, la diabetes gestacional, la no lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses, mala ablactación, limitada disponibilidad y asequibilidad a alimentos sanos, menor actividad física, pero cabe resaltar una frase importante que emiten “Cada aspecto del entorno en que los niños se conciben, nacen y crecen puede agravar sus riesgos de padecer sobrepeso u obesidad”.¹

Si hablamos de Obesidad, el Perú ocupa el octavo lugar a nivel mundial, con cerca del 15% de sus niños afectados, según la Organización Panamericana de la Salud. A la cabeza están: México con el 20 % y España con el 17 %. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó en abril de 2013, que más del 10% de los infantes en el Perú tiene obesidad, y cerca del 20 % tiene sobrepeso.²

Asimismo, se puede dar un análisis en el otro extremo de problemas, como son la desnutrición, bulimia, anorexia, donde el medio familiar y los recursos con los que

cuentan las familias cobra relevante importancia y las estadísticas muestran similares resultados.

En el informe emitido por la OMS, cuando hablan de los aspectos de crecer, se deriva que se habla, dentro de otros aspectos, de la familia, y de la manera cómo influye en la formación de la conducta alimentaria de los niños, pues es un trabajo de los padres educar a sus hijos en hábitos saludables y brindarles un ambiente armónico de crecimiento, una familia que ante las dificultades de la vida pueda tener adecuada resiliencia y consiga así un equilibrio apropiado para garantizar funcionalidad familiar. A pesar que se hace mención de esos aspectos, no se define claramente a la funcionalidad familiar como un factor a considerar, es por eso el propósito de este estudio buscar la relación e influencia que pueda existir entre la funcionalidad familiar y la conducta alimentaria en preescolares.

1.2 Formulación del problema

¿De qué manera influye la funcionalidad familiar en la conducta alimentaria en preescolares del Policlínico María Donrose Sutmöller en el 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Analizar como la funcionalidad familiar influye en la conducta alimentaria de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad en el Policlínico María Donrose Sutmöller en setiembre y octubre del 2017.

1.3.2 Objetivos específicos:

- 1.3.2.1 Identificar si existe diferencias en la conducta alimentaria de los niños de 1 a 5 años de acuerdo a la funcionalidad familiar.

1.3.2.2 Determinar la prevalencia de la funcionalidad familiar de los pacientes preescolares incluidos en el estudio.

1.4 Justificación de la investigación:

1.4.1. Importancia del estudio:

Este trabajo cobra valor, pues actualmente la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria está siendo considerada como un pilar fundamental para atender a la persona, la misma, que tiene diferentes hábitos los cuáles pueden jugar un rol protector o simplemente convertirse en un factor de riesgo para poder desarrollar enfermedades. A su vez podemos relacionar estas patologías con el ciclo vital individual que atraviesa esa persona, y al funcionamiento familiar que incluye, el grado de desarrollo de la familia, las interacciones de sus miembros, su historia generacional y depende también del contexto social y cultural al cual pertenece.

Es entonces, relevante entender como un paciente preescolar puede estar inmerso en un ambiente familiar que desfavorece la adquisición de hábitos alimenticios saludables, por tanto, plantear la prioridad de contextualizar a la conducta alimentaria como un proceso interactivo y cíclico, donde la conducta alimentaria que hay en casa sobre todo en los padres y/ o cuidadores principales pueden llevar a estos niños a desarrollar habilidades específicas de alimentación, lo que significa establecer conductas alimentarias propias, lo que se refleja en estado nutricional del niño .

Mediante este trabajo de investigación se intenta la búsqueda de factores de riesgo para identificar la relación directa de la funcionalidad familiar con las conductas alimentarias de los preescolares y así dar importancia al estudio de la familia para poder ampliar la visión del paciente que nos consulta, concibiendo que es en la familia el primer lugar donde el paciente suele adquirir todo tipo de conductas y el lugar donde suele enfermarse durante gran parte de su ciclo vital, y es en la edad preescolar que inicia pues adquiere cierta autonomía para decidir lo que desea ingerir y los hábitos que va aprender de sus padres. Si se logra demostrar que hay

alguna influencia de la funcionalidad familiar y la conducta alimentaria, esto ayudaría a proponer la instalación de programas que orienten y ayuden a las familias en optimizar sus relaciones y de esa manera mejorar dentro de otros aspectos la conducta alimentaria, ya que actualmente solo contamos con esfuerzos individuales movidos por el ímpetu de algunos colegas que intentamos interesarnos por el tema.

1.4.2. Viabilidad:

A pesar de las limitaciones mencionadas en el punto siguiente, es posible la realización del estudio ya que se cuenta con la colaboración del Médico Jefe del EBEF (Equipo básico Essalud Familia) y de todo su equipo, comprometidos con la realización de este trabajo de investigación, además permite la posibilidad de tener un mejor control del seguimiento de los pacientes, en el contexto de la visita domiciliaria que se realiza de forma continua en la población del distrito de Mi Perú y Antonio Moreno de Cáceres, ambos pertenecientes al Policlínico de Essalud María Donrose Sutmöller, de esta forma se consigue evaluar más elementos para establecer la relación entre funcionalidad familiar y conductas alimentarias en pacientes preescolares.

1.5. Limitaciones

Se cuenta con pocos estudios que abordan el tema de funcionalidad familiar y conducta alimentaria en preescolares, hay estudios escasos y por lo general son en población adolescente. La mayoría de los estudios que se relacionan con el tema, señalan que la familia juega un papel importante en la actitud que tienen los niños de estas edades frente a los alimentos; y por tanto las consecuencias positivas o negativas de una adecuada alimentación.

Existe un médico asistente especialista de Medicina Familiar y Comunitaria a cargo del equipo de trabajo del Piloto Essalud Familia Ventanilla, y no todos los meses hay médicos residentes rotantes para poder hacer seguimiento de estos pacientes y dar continuidad a la aplicación del instrumento por la falta de recursos.

La distancia de la población al policlínico es una limitante, la zona del distrito de Antonia Moreno de Cáceres y principalmente de Mi Perú son lugares considerados peligrosos para el desplazamiento del personal, y el seguimiento de los pacientes se torna un reto tanto económico como en materia de seguridad y de tiempo invertido.

En cuanto a viabilidad de tiempo, la dificultad está sentada principalmente en que las visitas domiciliarias son programadas previa llamada telefónica al titular asegurado y están destinadas para cubrir atenciones en casa de los asegurados las cuales consisten en completar a cada integrante asegurado paquetes de atención integral de acuerdo a la etapa de vida, por tanto, no se cuenta con un tiempo exclusivo para aplicación de los test.

No se cuenta con personal suficiente para poder aplicar la evaluación familiar a más población.

El Equipo Básico Essalud Familia no cuenta con recursos económicos para la realización del trabajo de campo, utilizando sus propios recursos para el traslado desde el Policlínico hasta los distritos a Visitar.

En el Policlínico no se cuenta con Servicio de Medicina Familiar, y el espacio brindado para el trabajo administrativo es un área multiusos (auditorio del segundo piso), el cuál con frecuencia no está disponible para trabajar.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

De los trabajos pioneros a considerar, están los desarrollados por Minuchin *et al.* (1978) que señalan a la dinámica familiar y todos sus componentes como factor desencadenante o de la prolongación de mantenimiento de procesos psicofisiológicos, que funcionan como síntomas psicósomáticos. Además, en su descripción hace referencia que las familias con algún trastorno en la conducta alimentaria tendrían cuatro tipos de interacciones características, aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y carencia de resolución de conflictos. De acuerdo a esta diversidad de resultados se plantea que existen diferencias entre las familias de acuerdo a la patología alimentaria que presentaban.³

En 1997, Rosalía V. *et al.*, publican un estudio donde participaron 16 familias o triadas (padre, madre e hijo o hija) donde el promedio de edad era 21,6 años y contestaron a 3 cuestionarios: uno de ambiente familiar (FES), otro que se refiere a actitudes al esquema corporal (CIMEC) y finalmente uno de los cuestionarios es de hábitos alimentarios, donde los resultados demuestran que hay una concordancia relevante entre madres e hijas en sus percepciones familiares y en sus hábitos alimentarios. Las hijas fueron más sensibles a los estereotipos culturales en relación sus progenitores y mostraron diferencias con los mismos en sus hábitos de alimentación.³

Otro estudio que trata de asociar la variable familia con la de conductas alimentarias es el realizado por Letizia A. *et al.*, “La alimentación familiar, influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria”. Se observó que la opinión de los familiares directos en la alimentación saludable, peso corporal y aspecto físico jugaba un papel importante en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. Por el contrario, el poder compartir los alimentos en familia disminuía el uso de purgantes, atracones y la realización de conductas no saludables. Este estudio relacionó que tanto el entorno familiar como social pueden propiciar la presencia de estos trastornos y su permanencia en el tiempo.⁴

En enero del 2005 en el estudio "Obesidad y sobrepeso infantil, estudio cualitativo en las familias pobres de Peñalolén, Chile", donde se plantean la preocupación por el alarmante crecimiento de la obesidad y sobrepeso, que lejos de considerarse una enfermedad de países desarrollados, se encuentra con gran crecimiento en la población rural. En el sector más pobre se ha concentrado la mayor proporción con relación a los otros sectores de la sociedad. Y, asimismo, dentro del sector más afectado no se ha distribuido homogéneamente. El universo corresponde a las familias pobres, con lactantes entre 12 meses y 59 meses cumplidos, que concurren al programa Control de Niño Sano. Finalmente, la hipótesis planteada: "las familias sin obesidad y sobrepeso infantil presentan un estilo de vida más saludables, que las familias con problemas de exceso nutricional" sería cierta.⁵

Un estudio de Domínguez-Vásquez P., Olivares S., Santos JL., muestra que la conducta alimentaria y los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil y depende el modelo de crianza que se use, ya sean autoritarios o permisivos, para la selección de la alimentación de los niños, en aspectos como clase, calidad, volumen y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. Aspectos socioeconómicos, lugar de residencia, estilo de vida, y otros, son factores que influyen en las prácticas alimentarias.

Esta revisión es interesante porque menciona que la mayoría de los estudios sobre ingesta de alimentos en problemas de alimentación se han centrado en determinar la cantidad y tipo de alimentos, presentando resultados poco consistentes a las hipótesis que se plantean. Al final, analiza que la conducta alimentaria infantil está íntimamente relacionada con el grupo familiar más directo, las madres cobran relevancia pues juegan importante influencia en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación. También menciona la necesidad por explorar el nexo entre la obesidad y la conducta alimentaria, el mismo que se puede cuantificar por instrumentos psicométricos que analizan diferentes dimensiones tales como la alimentación emocional, la alimentación sin control o la restricción cognitiva.⁶

En otro estudio titulado “La exploración cualitativa de las percepciones de familias de estrato 5 de la localidad de Chapinero, Bogotá frente a los hábitos alimentarios y atributos de la alimentación saludable”, diseñado en el 2008. El estudio ha sido de tipo cualitativo, usando como variables características demográficas, percepciones de hábitos alimentarios, alimentación saludable. Concluye finalmente que la población tiene hábitos alimentarios adecuados y cierto grado de conocimiento sobre buenos hábitos saludables.⁷

El estudio titulado “Sobrepeso, Obesidad y caracterización de las familias de escolares municipales de Quito, 2010” con una muestra de cerca de 7000 escolares se encontró una prevalencia de sobrepeso de aproximadamente el 18% y obesidad cerca de 8%, valores muy similares a los de la OMS. El sobrepeso prevaleció más en el sexo femenino y la obesidad en el masculino. Se evidenció un aumento en la prevalencia total de sobrepeso y obesidad cuando se utilizó la referencia de la OMS en comparación con la de CDC con una diferencia de 4.8%.⁸

Otro trabajo elaborado en el 2011 publicado un año después en la revista *Nutrición Hospitalaria*, es el desarrollado por E. González *et al*, acerca de la influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España 2011). La población de estudio estuvo constituida por más de 700 niños y adolescentes escolares, todos ellos provenientes de trece centros educativos públicos y privados de la ciudad de Granada. Se encontró que a mejor nivel educativo de los padres, sobre todo de la madre, mejores estados nutricionales de sus hijos. En relación a la elaboración de la comida principal, si es hecho por la mamá, los valores en el índice de la masa corporal de sus hijos son menores comparando si es el padre u otra persona el que elabora el menú familiar. Asimismo, a mayor ocio y sedentarismo mayor número de índice de masa corporal (IMC).⁹

Se publica en el 2011 un trabajo realizado en Chile, que lleva como título *Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children*, en la que se describe como la inadecuada conducta alimentaria y la inactividad física contribuyen a la actual epidemia de la infancia, la obesidad. La razón principal de este estudio

fue evaluar la asociación entre las puntuaciones de conducta alimentaria y la obesidad infantil en niños chilenos. Es un estudio de casos y controles con un total de 126 obesos y 124 de peso normal, con edades de 6 a 12 años. Este estudio utiliza el cuestionario de conducta alimentaria conocido como CEBQ. El estudio al final demuestra una asociación fuerte y graduada entre las puntuaciones específicas de conducta alimentaria y obesidad infantil en Chile.¹⁰

En el 2012, una tesis de doctorado en educación, en Valencia, tuvo conclusiones poco consistentes, por ello la idea de mejora que da para futuras investigaciones es centrarse en ampliar el conjunto de influencias que afectan el desarrollo de la conducta alimentaria de los niños, y no sólo basarse en analizar variables como la relación de los estilos educacionales de los progenitores y aspectos nutricionales en sus hijos.¹¹

En China, *The International Journal of behavioral nutrition and physical activity* publica una investigación muy interesante de lactantes e infantes titulado *Eating behaviour patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight - factorial validation of the Children's Eating Behavior Questionnaire*. Esta investigación quiso probar la validez de la versión china del cuestionario CEBQ.¹² Se aplicaron 219 cuestionarios, y al final del mismo se determinó que este cuestionario es un instrumento psicométrico muy valioso pero que podría verse afectado por la edad y por las diferencias culturales. Los investigadores chinos no encontraron una asociación entre los comportamientos alimenticios y el índice de masa corporal, cuando fue controlado por el género y el peso de los padres.¹²

Una publicación del 2014, en Cuenca, Ecuador, un estudio de tipo analítico transversal titulado Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores asociados, utilizó diferentes variables relacionadas al sexo, tipo de cuidadores, tipología familiar, migraciones, niveles de instrucción y obtuvo dentro de sus resultados más importantes que casi el 90% de la conducta alimentaria era inadecuada, igual porcentaje era obtenido en el sexo femenino, más del 75% eran cuidadores no maternos y familias fracturadas o diferente a la nuclear, en su totalidad había migración, y como en otros estudios en

nivel de instrucción era inadecuado, sin embargo ningún factor de riesgo directamente a los problemas de alimentación y conducta relacionada a la misma.¹³

México, 2015, el Doctor Esteban García Valdez, presentó su trabajo titulado Relación del grado de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF1 del IMSS Delegación Aguascalientes. El objetivo de su trabajo fue determinar la relación que existe entre los grados de funcionalidad familiar con el problemas como el sobrepeso y la obesidad, se encontró una prevalencia de disfuncionalidad familiar menor al 7%, la prevalencia de sobrepeso de 42.7%, 36.8% obesidad en grado I, 13.7% obesidad grado II y el restante 6.8% presentó obesidad grado III. Los análisis de correlación entre las dimensiones de funcionalidad familiar con el grado de obesidad no fueron significativos, concluyendo que no hay una relación entre ambas variables, pero hay que tener en cuenta que este estudio ha sido realizado en población adulta.¹⁴

En Cartagena, Colombia se desarrolló el trabajo. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena, que fue publicado el 2015, en la Revista de Salud Pública. En 544 escolares de 6 a 10 años, más de la mitad presentó un adecuado estado nutricional y los aspectos que se asocian a la malnutrición infantil por exceso fueron otras características diferentes que no han sido planteadas en los estudios mencionados anteriormente. Aquí, el número de integrantes de la familia cuando era alto y los ingresos económicos bajos incluso menos del sueldo mínimo señalaron una asociación con el estado nutricional, .¹⁵

Un estudio ecuatoriano, en el 2016, identificó la conducta alimentaria en niños y niñas de 1 a 3 años de edad y su relación con la funcionalidad familiar. Se trata de un estudio descriptivo transversal en 423 niños de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Zona 7 del Ecuador, en los que se identificó la conducta alimentaria (CA) por medio del cuestionario CEBQ y para determinar la funcionalidad familiar se aplicó el test FFSIL, a los cuidadores. Se halló una relación amplia entre funcionalidad familiar y la conducta alimentaria, la explicación que podría corresponder a esta relación, es que, la conducta alimentaria al ser la

relación que se adquiere con los alimentos y esto sucede a través de las experiencias directas con la comida como con su ámbito familiar y la imitación de modelos. Además, proponen como conveniente una evaluación integral tanto del infante como de su entorno familiar, con el fin de identificar problemas de la conducta alimentaria que posteriormente puedan inducir a alteraciones del estado nutricional, que puedan corresponder no solo a causa orgánica, sino a una alteración dentro de su esfera bio-psico-social así como la dinámica familiar en el cual se desenvuelve, llamando a un trabajo interdisciplinario para el manejo de los problemas anteriormente descritas.¹⁶

En el 2016, otros autores mexicanos diseñaron el estudio “Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora”. Ellos encontraron diferencias en la organización familiar, siendo que en el grupo de control que eran los adolescentes con peso normal predominó familia nuclear simple y la extensa en el grupo de casos donde estaban los problemas nutricionales (como sobrepeso y obesidad). En la comparación de la convivencia de los adolescentes con alguna persona con sobrepeso y obesidad, obtuvieron que tenían IMC adecuado 1/3 de los que convivían con familiares con IMC normal, estableciéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p: 0,003$) con los que convivían con familiares obesos; respecto al número de integrantes de la familia con sobrepeso- obesidad versus a los familiares sin este problema, las diferencias no fueron significativas.¹⁷

Asimismo, en el 2016 otro estudio desarrollado en el mismo país, combina la funcionalidad familiar como factor de riesgo de alexitimia en adultos comparando diferentes índices de masa corporal, y se demuestra que ciertos patrones de disfuncionalidad pueden predecir la presencia de alexitimia.¹⁸

Existen otros, que resaltan la importancia de estudiar la funcionalidad familiar en niños y adolescentes e incluso adultos que se relacionan con otras variables tipo depresión, riesgo de suicidio, rendimiento escolar, etc.

Los psicólogos Jaime Moreno y Laura Chauta, en el 2012, Colombia, publicaron la relación entre rendimiento escolar y si la familiar es funcional o no, de igual forma

incluyeron las conductas externalizadas. Definen que más de la mitad de los adolescentes estudiados, presentan rendimiento académico medio y una disfunción familiar moderada. De igual forma refieren que gran parte de ellos no presenta conductas externalizadas.¹⁹

En el 2013, Marleny Torrel y Mubbia Delgado, desarrollaron en Tumbes-Perú un estudio en adolescentes, donde utilizando el instrumento FF-SIL, encontraron una relación entre la percepción de la funcionalidad familiar y la probabilidad de presencia o no de depresión.²⁰

En el 2014, La Revista de Enfermería Herediana, publica un estudio donde señalan que existe una correlación positiva entre el funcionamiento familiar y la función que cumple el cuidador de las personas con autismo.²¹

Otro estudio peruano, en el 2016 hace referencia que, a pesar de existir ciertos grados de disfuncionalidad familiar, los adolescentes pueden tener la capacidad de salir de los problemas y de todas las dificultades que se le presenten.²²

En Villaclara, Cuba en el 2017, con una muestra pequeña de familias, caracterizaron la funcionalidad familiar con FF-SIL en familias de escolares con intento suicida donde se demostró una asociación de la misma con maltrato intrafamiliar.²³

Por último, en una tesis, titulada Funcionalidad Familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes, desarrollada en el 2017, se demuestra que sí existe una relación entre ambas.²⁴

2.2 Bases Teóricas

Durante los primeros años la higiene, estilos de vida saludables o no, y los hábitos alimentarios, se asimilan y constituyen la personalidad, haciéndose estables y con la posibilidad de persistir incluso en la edad adulta; de ahí la importancia de entender el contexto familiar, la tipología familiar, su funcionalidad y brindar una consejería, la cual como se establece en medicina familiar debería ser de tipo anticipatoria, para adelantarnos a las etapas de vida que va a pasar la familia. Si la misma es adecuada y oportuna se ayudaría a los responsables de la atención y cuidado de los niños ,

en diferentes aspectos que se desprenden del cuidado del mismo como son qué y cómo hacer para promover la enseñanza y aprendizaje de hábitos saludables, y en relación al tema, los relacionados a la conducta alimentaria y cómo esta repercute en su estado nutricional, y explicarles que si se fracasa en estos aspectos podemos generar factores de riesgos importantes para la salud del niño y de su vida futura.^{13,25}

El contexto familiar está íntimamente relacionado con los hábitos alimenticios, el rechazo y las preferencias hacia determinados alimentos durante la niñez sobre todo en la etapa infantil, esto se debe porque es en esta etapa se adoptan la mayoría de adecuadas prácticas alimentarias. En la edad preescolar, la principal responsable de la transmisión a los hijos de las pautas alimentarias saludables es la mamá. Con esta participación se puede evitar la aparición de problemas relacionados con la alimentación, como la obesidad o la desnutrición, aunque en estas épocas en que las madres han aumentado paulatinamente su participación laboral extra domiciliaria, habría que considerarse como un factor adicional importante. Además, el stress familiar o la inadecuada relación entre sus miembros pueden conllevar a trastornos de conducta alimentaria desde muy tempranas edades, desprendiéndose de ella, desnutrición, anorexia, bulimia, y en el otro extremo sobrepeso u obesidad.^{13, 26}

Para poder abarcar este tema es importante conceptualizar en aspectos relacionados al tema e iniciaremos mencionando que la Medicina Familiar es una especialidad donde uno de sus objetivos es la comprensión de problemas que no pueden abordarse sólo con el tratamiento del individuo y su enfermedad. Se emplea por tanto un enfoque familiar donde es imposible poder abstraerse de las relaciones interpersonales que transforman la vida. Es desde esa perspectiva que el médico realiza la atención de los niños²⁷. La mayoría de los problemas que los niños presentan se relacionan con su entorno sobre todo familiar. Es necesario entonces entender que brindar atención de salud a los niños es involucrarse directamente con

sus familias por lo tanto nos permite enfocar el problema no exclusivamente en el niño.²⁷

Como se ha ido mencionando, líneas arriba, es en las familias donde el niño aprende diferentes hábitos, conoce sus necesidades, métodos de comunicación, etc., entonces es meritorio estudiar desde la consulta o la comunidad, cómo la familia está estructurada, como funciona como unidad sistémica, las relaciones que se establecen entre sus miembros, su tipología familiar, etc., para poder entender la relación de la misma con los diferentes problemas de salud que se pueden presentar entre sus miembros.²⁷ Para la mayoría de los especialistas en el tema, la familia puede ser potenciador agente negativo y generar estrés personal o puede ser potencialmente un apoyo positivo y ser fuente de apoyo social, por eso el estudio de del funcionamiento constituyen una herramienta para hacer diagnósticos familiares y así poder intervenir oportunamente.

Lo esperado y socialmente aceptado es que los hijos se constituyan en un seno familiar bien delimitado, donde se resalta que existen padres e hijos. Sin embargo, evolutivamente nuestras características sociales, la vida moderna, las necesidades o simplemente los deseos de las personas por ende de las familias han cambiado.

Cuando se desea estudiar el funcionamiento familiar debemos primero precisar que no se trata de una intención simplista de estudiar sus funciones, sino, en un término más amplio incluye elementos que merecen mencionarlos, para poder entender frente a qué nos encontramos.

El funcionamiento familiar depende del grado de desarrollo de la familia, del cumplimiento de sus funciones familiares, de la interacción variada que existe entre los miembros de la familia que conforman las relaciones interfamiliares, de su historia generacional y depende del contexto social y cultural al cual pertenece la familia.^{28, 29, 30, 31, 32.}

Se puede definir a la Funcionalidad como la expresión del funcionamiento familiar y se traduce como la capacidad de utilidad de un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo. ²⁸

EL grado de desarrollo de la familia se va determinar por otros elementos como la tipología familiar, el ciclo vital familiar, la capacidad de afrontamiento familiar, es decir si asumen actitudes de cambio y comportamientos favorables a la salud, si buscan ayudan, si cumplen las indicaciones profesionales, etc. ²⁸

Las funciones familiares son cinco, éstas son cuidado, afecto, reproducción, socialización, estatus y posición social. Como se había mencionado son importantes pues contribuyen en el estudio del funcionamiento familiar. ^{33, 34, 35}

Para evaluar la funcionalidad familiar existen diversos instrumentos dentro de los más conocidos están el Apgar familiar, Fasces IV y el FF SSIL, siendo este último uno de los más fiables a usar por los ítems que contempla.

El FF SIL, evalúa la percepción del funcionamiento familiar en 7 dimensiones: cohesión (1 y 8), armonía (2 y 13), comunicación (5 y 11), afectividad (4 y 14), roles (3 y 9), adaptabilidad (6 y 10) y permeabilidad (7 y 12). Según el criterio seleccionado se brindan 5 valores para cada una, que van desde casi nunca 1 punto hasta casi siempre 5 puntos. El funcionamiento familiar se expresa en cuatro diagnósticos: Funcional (70 a 57 puntos), Moderadamente funcional (56 a 43 puntos), Disfuncional (42 a 28) y Severamente disfuncional (27 a 14).

La conducta alimentaria individual se forma gracias a la asociación de un conjunto determinado de aspectos de comportamiento respecto a la propia alimentación. Para poder realizar la medición de estos aspectos que se evidencian dentro del contexto familiar se hace uso de diferentes instrumentos y de esa manera se logra caracterizar el modelo de conducta alimentaria individual, infantil y de los progenitores hacia los hijos. Dentro de los cuestionarios más utilizados con este fin son el Cuestionario de Alimentación de Tres Factores (TFEQ), Cuestionario de

alimentación infantil (CFQ), Cuestionario de Conducta Alimentaria (CEBQ) y Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (DEBQ),³⁶

El más ampliamente estudiado y validado a nivel internacional es el CEBQ, el cual será uno de los instrumentos a utilizar.

2.3 Definición de términos:

Dentro de las actividades realizadas por el Médico de familia en consultorio y en comunidad, se encuentra recoger datos en la entrevista médica, que nos permita ampliar el panorama de estudio del paciente y su familia, ahondar en la historia familiar, antecedentes y conductas actuales de todos sus miembros así como entender la dinámica familiar, evaluando si ésta está relacionada con adquisición de diferentes hábitos y conductas en sus miembros, y así establecer si existe una relación entre funcionalidad familiar y la conducta alimentaria, principalmente de preescolares, y para eso se debe definir previamente, algunos términos involucrados en nuestro estudio.

Hábito: Es un mecanismo estable que es capaz de crear destrezas, es flexible y puede ser usado en varias circunstancias del vivir cotidiano. El mecanismo de creación de hábitos en los niños, se basa en la edificación de rutinas en las cuales las personas a cargo del cuidado de ellos son los directamente responsables de su adquisición y es por ello que se debe tener en cuenta algunos aspectos importantes, como por ejemplo, constituir las secuencias a seguir para su adecuada instalación y práctica constante, definir cuáles son los hábitos que serán objeto del proceso de enseñanza-aprendizaje, dar a conocer las ventajas y la relevancia de su práctica eficaz y perenne, por parte de los niños y la familia.^{16, 17}

Conducta Alimentaria: Se puede definir como un conjunto de eventos congruentes con hábitos de ingesta energética, elaboración de comidas, cantidad y elección de alimentos a consumir.¹⁸ Esto indica que se debe a diferentes elementos tales como:

necesidades biológicas, sensación de placer, aspectos socio-culturales, entre otros.⁵

Se ha determinado que el desarrollo de esta conducta se estipula por disponibilidad de alimentos, preferencias alimentarias, tamaño de la porción, aspectos culturales, comportamientos familiares y estilos de vida.⁵ De igual forma otro punto importante es que la conducta alimentaria está expresada por factores de tipo genéticos.^{13, 37, 38.}

Según el CEBQ, (Children's Eating Behaviour Questionnaire) cuestionario del comportamiento en la alimentación Infantil, catalogan la conducta alimentaria en ocho tipos variados fundamentados en la valoración de su comportamiento frente a los alimentos, siendo los siguientes: ^{37, 38.}

1. RAN: Rechazo a alimentos nuevos: Uno de los tipos de respuesta que se establecen frente a los alimentos es el rechazo que generalmente ocurre cuando se expone al niño a alimentos nuevos o en su defecto cuando existe una mayor predisposición para preferir alimentos con mejores características organolépticas, en situaciones frecuentes; lo que lleva al uso de una inadecuada diversidad de alimentos. Se define por la ausencia de interés en la comida y la lentitud en el acto mismo de comer.¹³

2. SCE Come demasiado por causa emocional: este prototipo de alimentación está ligada directamente a las emociones, las cuales pueden influir en la manera de comer, ya sea favorable o no, siendo un factor externo el que interviene en la alimentación. Por ejemplo, una forma de manifestarse de manera desfavorable es la ansiedad y la ira, las que logran producir poco control en la ingesta y generar una necesidad desesperada por comer.¹³

3. CPE: Come poco por causa emocional: este tipo de alimentación es similar al expuesto anteriormente. En este caso pasa lo contrario, la parte emocional desencadena unas disminuidas ganas de comer. El temperamento cumple un rol importante en lo relacionado a este aspecto.^{13, 37, 38.}

4. DC: Disfrute comer: Hace referencia al disfrute que se relaciona con el consumo de alimentos, esta condición está vinculada positivamente con la sensación de hambre, las ganas de comer y el deleite por la comida.¹³

5. RS: respuesta a la saciedad: disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo de alimentos. Desde el nacimiento hasta edades posteriores, en los niños van desapareciendo las señales internas de saciedad. Es así, que, en las primeras etapas de la vida, los niños poco a poco pierden la capacidad de autorregulación de la ingesta, lo que puede originar eventos perjudiciales con una ingesta descomunal y con la consecuente aparición del aumento del peso.¹³

6. DB: deseo de beber: Es la propensión de ingesta de bebidas y el instinto a llevar líquidos en la mano generalmente con moderado o alto contenido de azúcares

7. CD: Come despacio: Existe una lentitud general para alimentarse con una disminuida velocidad, generalmente debido a un pobre interés y deseo .¹³

8. RC: Respuesta a la comida: se refiere a la actitud que se presenta frente a la comida que se encuentran a disposición.^{13, 37, 38.}

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La conducta alimentaria inadecuada podría estar influenciada con algún grado de disfuncionalidad familiar en los niños preescolares del Policlínico María Donrose Sotmüller en el 2017.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías	Escala de las categorías	Medio de verificación
Conducta Alimentaria	Conjunto de actos relacionados con hábitos de ingesta energética, selección de alimentos	Cuantitativa	Cuestionario CEBQ	razón	-Respuesta frente a los alimentos -Sobrealimentación emocional -Disfrute de los alimentos -Deseo de beber -Respuesta de saciedad -Lentitud para comer		Cuestionario CEBQ llenado por el progenitor y/ cuidador del preescolar

	consumidos, preparaciones culinarias y cantidad de alimentos ingeridos				-Subalimentación emocional -Exigencia frente a los alimentos		
Funcionalidad Familiar	Capacidad de la familia de utilizar sus recursos para establecer un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo como sistema, donde existen límites claros	Cuantitativa	Cuestionario del funcionamiento familiar FF – SIL	razón	-Familia funcional -Familia Moderadamente funcional -Familia Disfuncional -Familia severamente disfuncional	De 70 a 57 puntos De 56 a 43 puntos De 42 a 28 puntos De 27 a 14 puntos	Cuestionario llenado por el cuidador del preescolar

	entre los subsistemas.						
--	---------------------------	--	--	--	--	--	--

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño del estudio

El diseño metodológico será cuantitativo de tipo observacional, analítico, prospectivo y transversal.

4.2 Diseño muestral (población de universo, población de estudio, tamaño de muestra, muestreo o selección de la muestra)

Preescolares de 1 a 5 años atendidos en visita domiciliaria en el Programa Essalud Familia del Policlínico Hermana María Donrose de Ventanilla en los meses de setiembre y octubre del 2017. Se tomará como muestra a la totalidad de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Preescolares de 1 año hasta los 5 años 11 meses y 29 días, que sean atendidos en el programa Essalud Familia cuyos padres o tutores hayan aceptado la aplicación del test de FFSSIL y CEBQ (Cuestionario de Alimentación Infantil) y hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: Preescolares con alguna enfermedad sistémica o mental, que altere la toma de datos, y/o no contaron con el consentimiento informado, firmado por sus representantes o tutores.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

El trabajo de campo se llevará a cabo entre los meses setiembre a octubre del 2017 durante los cuales, se realizará la socialización del fin de la investigación con el Equipo Básico de Essalud Familia (EBEF). Previo consentimiento informado, se aplicará las encuestas FFSIL Y CEBQ en las familias con segundas visitas domiciliarias. Ambas encuestas son instrumentos validados internacionalmente. EL primero, FFSIL, sirve para medir la dinámica familiar y expresa la percepción del funcionamiento familiar como: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. EL CEBQ es uno de los test más aplicados para medir la conducta alimentaria infantil y es aplicado a los padres o cuidadores. Cada encuesta guiada tomará en promedio 20 minutos. Para la recolección de los datos se procederá a recabar la información necesaria de la ficha familiar donde se encuentra la historia clínica

de cada paciente que pertenece al programa Essalud Familia Ventanilla, y se seleccionará a los preescolares que cumplan con los criterios de inclusión.

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

La información obtenida se procesará con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16.0 para Windows. Se realizarán análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes), posteriormente se analizará la asociación entre variables mediante la prueba de Chi cuadrado.

4.5 Aspectos éticos

No existe la probabilidad de trasgredir los derechos de los participantes, se cuidará la confidencialidad de la información, así como se incluirán en el estudio a los que manifiesten su voluntad expresa mediante la firma del consentimiento informado.

Se mostrarán en anexos el consentimiento informado, los beneficios esperados, así como la declaración voluntaria de su participación

Recursos

1. Humanos

- Asesor de la investigación
- Estadístico
- Revisor del informe final

2. Económico

- Peculio personal
- Utilería
- Servicios de internet, imprenta, empaste.
- Pasajes de traslado desde La Molina hasta Ventanilla
- Pasajes desde Ventanilla hasta cada distrito y domicilio de cada paciente.

3. Físicos

- Archivo de fichas familiares del Policlínico Hermana María Donrose Sotmüler
- Escritorio
- Computadora
- Internet
- Impresora
- Utilería
- Software SPSS

Presupuesto

Rubro	Detalle	Monto en Soles
Asesoría	Estadístico	800
Utilería	Papel	20
	Tinta	100
	Lapiceros	20
	Lápices	10
	Folder	30
	Corrector	5
	Borrador	10
Servicios	Internet	100
	Imprenta	200
	Empaste	200
Pasajes, Combustible y peajes	Traslado de La Molina (Mi domicilio) hasta Ventanilla y hasta Mi Perú.	2500
TOTAL		3995

CRONOGRAMA																	
ACTIVIDADES	MESES																
	Ene-17	Feb-17	Mar-17	Abr-17	May-17	Jun-17	Jul-17	Ago-17	Set-17	Oct-17	Nov-17	Dic-17	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18
Elaboración del proyecto de																	
Aprobación del proyecto de investigación por el comité del área de capacitación y docencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren																	
Preparación de los materiales tipo utilería, fotocopias de instrumentos.																	
Capacitar al personal miembro del equipo básico de salud para la aplicación de los instrumentos.																	
Visitas Domiciliarias en Ventanilla por los miembros del Equipo Básico de Essalud Familia																	
Aplicación de instrumentos las segundas visitas																	
Procesamiento y análisis de los datos																	
Vacaciones																	
Elaboración de resultados																	
Elaboración de Discusión																	
Elaboración final y presentación física del trabajo de investigación																	

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS, Comisión para acabar con la Obesidad Infantil, <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
2. Victor Liza, Cuidado con la obesidad infantil, 2014 disponible en: <http://www.revistavelaverde.pe/cuidado-con-la-obesidad-infantil/> Recuperado el 21 de febrero del 2017.
3. Rosalía V., Rosa R., El papel de las familias y los trastornos alimentarios, *Psicología Conductual*, Vol 5, N° 3, 1997, pp. 391-407.
4. Leticia Á. *et al.* , Trastornos de la Conducta Alimentaria, Curso de especialización Evaluación y Tratamiento Dietético-Nutricional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla) 19 (2014) 2051-2069.
5. Andrea Peroni. Obesidad y sobrepeso infantil, estudio cualitativo en las familias pobres de Peñalolén, Chile. Universidad de La Plata Argentina, 2005.
6. Dominguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Eating behavior and childhood obesity: family influences. *Arch Latinoam Nutr.* 2008; 58:249–255
7. Claudia J. Jimenez Becerra, Exploración cualitativa de las percepciones de familias de estrato 5 de la localidad de Chapinero-Bogotá frente a los hábitos alimentarios y atributos de la alimentación saludable, Bogotá, 2008.
8. Ricardo J. Recalde Navarrete, Sobrepeso, obesidad y caracterización de las familias de escolares municipales de Quito, 2010, Ecuador, 2011.
9. E. Gonzalez Jimenez, Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España), *Nutrición Hospitalaria*, Granada España, 2012.
10. José L. Santos *et al.*, Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children, *Nutrition Journal*, 2011.
11. Teresa Alzate Y., Estilos educativos parenterales y obesidad infantil, Universidad de Valencia, Valencia, España, 2012.
12. Ying-Ting Cao *et al.*, Eating behaviour patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight - factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire, China, 2012.
13. Priscila V. Reinoso M. *et al.*, Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores asociados. Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuenca. Febrero-Agosto 2013, Cuenca, Ecuador, 2014.
14. Esteban J. García V., Relación del grado de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF1 del IMSS delegación Aguascalientes, México, 2015.
15. Yina González-Pastrana y Carmen Díaz-Montes, Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena, *Revista de Salud Pública.* 17, Colombia, 2015.

16. Ligia G. Briceño Mogrovejo *et al*, Funcionalidad familiar y conducta alimentaria en preescolares de la zona 7, Ecuador, 2016.
17. Cruz M. López-Morales, Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México, Revista Médica de Chile, 2016.
18. Ana T. Rojas Ramírez y Mirna García Méndez, Funcionamiento familiar como predictor de la alexitimia de acuerdo al índice de masa corporal, México, Acta de Investigación psicológica, 2016.
19. Jaime H. Moreno Méndez, Laura C. Chauta Rozo, Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá, Colombia, 2012.
20. Marleny Torrel y Mubbia Delgado, Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013.
21. Palomino-Moore K. *et al.*, Relación entre el funcionamiento familiar y el cumplimiento del cuidador en la atención a personas con autismo, Perú, Revista de Enfermería Herediana, 2014.
22. Kimberly L. Palacios Suárez e Hilda Y. Sánchez Labajos, Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2º a 5º de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, Perú, 2015.
23. Reinier Martin G. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017;33(3):281-295.
24. Favio D. Sarabia López, Funcionalidad familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes, Ecuador, 2017.
25. Ministerio de Educación y Deportes de Venezuela, Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables, 2003.
26. Luis F. Gómez U., Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación, CCAP, Volumen 7 Número 4, Antioquía, Colombia.
27. Adolfo Rubinstein, Medicina Familiar y Práctica ambulatoria, Atención de Familias con Hijos Capítulo 56, pág 463, 2º Edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 2006.
28. Richard W. Cáceres G., Funcionamiento familiar y su evaluación en la práctica clínica y comunitaria, Lima, Julio del 2016.
29. Ricardo León Anzures *et al.*, La familia Disfuncional, Abordaje Integral de la Salud Familiar, México, 2008.
30. Patricia M. Herrera Santí, La familia Funcional y Disfuncional, un indicador de salud, Revista Cubana de Medicina General e Integral, 1997.
31. Alvarez R., Hernández G, Báster J., Campo de la Salud del grupo familiar. Medicina General Integral, Segunda Edición, Cuba, Ciencias Médicas, 2006.
32. Alvarez R., Hernández G, Báster J., Proceso Salud Enfermedad en la familia, Medicina General Integral, Segunda Edición, Cuba, Ciencias Médicas, 2006.
33. María Solórzano y César Brandt., Familiología, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. 2001

34. Apolinar Membrillo Luna , Familia: Introducción al Estudio de sus Elementos, Mexico, 2008
35. Luis de la Revilla, Que es la Familia, Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar, Barcelona, Doyma, 1994.
36. Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *Am J Clin Nutr*, 81, 564 – 569
37. Wardle J, Guthrie C, Sanderson S & Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 963-970.
38. Carnell, S., & Wardle, J., Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. 2009

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PREESCOLARES DEL POLICLÍNICO MARÍA DONROSE SUTMÖLLER 2017	¿De qué manera influye la funcionalidad familiar en la conducta alimentaria en preescolares del Policlínico María Donrose Sutmöller en el 2017?	<p>Objetivo general: Analizar como la funcionalidad familiar influye en la conducta alimentaria de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad en el Policlínico María Donrose Sutmöller en setiembre y octubre del 2017.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar si existe diferencias en la conducta alimentaria de los niños de 1 a 5 años de acuerdo a la funcionalidad familiar. 2. Determinar la prevalencia de la funcionalidad familiar de los pacientes preescolares incluidos en el estudio. 	La conducta alimentaria inadecuada podría estar influenciada con algún grado de disfuncionalidad familiar en los niños preescolares del Policlínico María Donrose Sutmöller en el 2017	Cuantitativo de tipo observacional, analítico, prospectivo y transversal	Preescolares de 1 a 5 años atendidos en visita domiciliaria en el Programa Essalud Familia del Policlínico Hermana María Donrose de Ventanilla en los meses de setiembre y octubre del 2017. Se tomará como muestra a la totalidad de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. El procesamiento se realizará en el SPSS.	Test FF SIL CEBQ

ANEXO 2: TEST FF-SIL

TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILAR

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

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

ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA
Casi nunca	1 pto
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi siempre	5 ptos.

ANEXO 3: TEST CEBQ

Cuestionario para padres o madres de niños de 1 a 5 años de edad que evalúa el comportamiento al comer (CEBQ)

Por favor lea las siguientes oraciones y marque en el casillero más apropiado de acuerdo al comportamiento de su hijo al comer.

		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1.	Mi hijo ama la comida					
2.	Mi hijo come más cuando está preocupado.					
3.	Mi hijo tiene un gran apetito					
4.	Mi hijo termina su comida rapidísimo					
5.	Mi hijo tiene interés en comer.					
6.	Mi hijo todo el tiempo quiere tomar líquidos					
7.	Mi hijo inicialmente se niega a alimentos nuevos.					
8.	Mi hijo come despacio					
9.	Mi hijo come menos cuando está enojado.					
10.	Mi hijo disfruta con las nuevas comidas.					
11.	Mi hijo come menos cuando está cansado.					
12.	Mi hijo siempre está preguntando por comidas.					
13.	Mi hijo come más cuando está enojado.					
14.	Si lo permito mi hijo comería demasiado.					
15.	Mi hijo come más cuando está ansioso.					
16.	Mi hijo disfruta de una gran variedad de comidas.					
17.	Mi hijo deja comida en su plato al final de una comida.					
18.	Mi hijo se toma más de 30 minutos para finalizar una comida.					
19.	Cuando le dejo elegir mi hijo come la mayoría de las veces.					
20.	Mi hijo espera la hora de comer.					
21.	Mi hijo se siente lleno antes de finalizar la comida.					
22.	Mi hijo disfruta de comer.					
23.	Mi hijo come más cuando está feliz.					
24.	Es difícil complacer a mi hijo con las comidas.					
25.	Mi hijo come menos cuando está alterado.					
26.	Mi hijo se llena con facilidad.					
27.	Mi hijo come más cuando no tiene nada que hacer.					
28.	Incluso si mi hijo está lleno busca un espacio para comer su comida favorita.					
29.	Si le doy la oportunidad mi hijo bebe continuamente durante todo el día.					
30.	Mi hijo no puede comer una comida si no ha comido antes un refrigerio.					
31.	Si le doy la oportunidad mi hijo siempre puede estar tomando líquidos.					
32.	Mi hijo se interesa en probar comidas que antes no probó.					
33.	Mi hijo decide si no le gusta un alimento incluso sin probarlo.					
34.	Si le doy la oportunidad mi hijo siempre tiene comida en su boca.					
35.	Mi hijo durante el transcurso de la comida come más y más lentamente.					

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los padres o tutores encuestados una clara explicación del tema a estudiar.

El presente estudio es conducido por la Médico Residente de Tercer Año de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Privada San Martín de Porres, **DRA. HAYRA GERALDINE ALVARADO DAVILA CMP 60493**, sede Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, rotando en el Policlínico Hermana María Donrose – Ventanilla en el Piloto Essalud Familia. El objetivo del estudio es **Analizar como la funcionalidad familiar influye en la conducta alimentaria de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar dos encuestas una relacionada a la funcionalidad familiar y la otra correspondiente a la conducta alimentaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar en este estudio, conducido por la **DRA. HAYRA GERALDINE ALVARADO DAVILA**. He sido informado (a) del objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este estudio es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Hayra Geraldine Alvarado Dávila al teléfono 966424341 en horario de lunes a viernes de 5pm- 8pm.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Dra. Hayra Geraldine Alvarado Dávila al teléfono anteriormente mencionado.

/

Nombre del Padre o Madre o Apoderado	/	FIRMA	/	DNI
---	----------	--------------	----------	------------

/

Nombre del Niño (a)	/	DNI
----------------------------	----------	------------

FECHA: