

BECA DE INICIACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

Nombre del proyecto

Impacto de los Estilos Educativos Parentales en la Obesidad Infantil: Estudio cualitativo desde la perspectiva de padres y profesionales de la salud.

Solicitante

Catalina Musuruana

Unidad Académica a la que pertenece

Facultad de Psicología

Director de Beca

Ignacio Jesús Floridia

Prioridad de investigación a la que aporta

1.b. Proyectos que a través de los resultados esperados aporten al Afianzamiento de la Relación entre la Universidad Católica de Santa Fe y su medio de actuación.

2. Problemáticas psicosociales actuales y desarrollo comunitario

Fecha

30 de octubre de 2020

1. DATOS DEL BECARIO

Apellido y Nombres: **Catalina Musuruana**

Fecha de nacimiento: **14 de mayo de 1993**

Edad: **27 años**

Documento de Identidad: DNI N°: **37.283.524**

Domicilio completo: **Moreno 3167 (Santa Fe)**

Provincia: **Santa Fe**

Código Postal:

Teléfono Particular: Característica y número: **(0342) 154739222**

Teléfono Profesional: Característica y número: **(0342) 154739222**

Fax: -

E-mail: **catalinamusuruana@gmail.com**

2. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

- Universidad Católica de Santa Fe, 6 años, marzo 2013 – abril 2019, **Licenciatura en Psicología**. Ver Anexo 1.

3. OTROS ESTUDIOS AFINES

- Universidad de Málaga, 10 meses, noviembre 2019 – septiembre 2020, **Máster en Sociología Aplicada** (título en trámite). Ver Anexo 2.

4. BECAS OBTENIDAS PRECEDENTEMENTE

- Universidad de Málaga, 6 meses, marzo– septiembre 2020, **Beca del Plan Propio Integral de Docencia**. Ver Anexo 3.
- Universidad Católica de Santa Fe, 2 años, julio 2018 – julio 2020, **Alumna Becaria en Proyecto de Investigación para Investigadores Formados**, “Ansiedad frente a los exámenes y su abordaje mediante técnicas de Mindfulness”. Ver Anexo 4.

5. DISTINCIONES Y PREMIOS OBTENIDOS

-

6. EMPLEOS

- Asociación Al Quds (ONG), Plaza Imagen 6 (Málaga, España), practicante, mayo – septiembre 2020.
- Universidad de Málaga (Institución Nacional Pública), Av. de Cervantes 2 (Málaga, España), alumna becaria en el sector del Máster en Sociología Aplicada, marzo – septiembre 2020.
- Universidad Católica de Santa Fe (Institución Privada), Cngo. Echagüe 7151 (Santa Fe), alumna becaria en Proyecto Formados “Ansiedad frente a los exámenes y su abordaje mediante técnicas de Mindfulness” dirigido por Luciana BRASCA, julio 2018 – julio 2020.
- Sanatorio Americano (Institución Privada), Cándido Pujato 3010 (Santa Fe), Lic. Psicología de sesiones grupales e individuales para personas con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica, julio – noviembre 2019.

7. TRABAJOS REALIZADOS

- “Factores que influyen en el conocimiento y la actitud sobre el Mundo Árabe: Hacia una búsqueda de programas de sensibilización más eficaces” (Trabajo Final de Máster), Universidad de Málaga (Málaga, España), 14 de septiembre de 2020.
- “La implicancia de los Estilos Educativos Parentales en el desarrollo de Obesidad Infantil” (Trabajo Integrador Final), Universidad Católica de Santa Fe, 9 de abril de 2019.

8. CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

IDIOMA	LEER	ESCRIBIR	HABLAR	ENTENDER
Inglés	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno
Portugués	Muy bueno	Aceptable	Aceptable	Bueno

9. OTRAS BECAS EN GESTION

-

10. PERSONAS A QUIENES EL POSTULANTE SOLICITO REFERENCIAS

a) Apellido y Nombre: **Brasca, Luciana**

Profesión: **Lic. en Psicología, Dra. en Psicología**

Cargo: **Profesora Adjunta**

Domicilio (ciudad y código postal): **Güemes 6499 (Santa Fe, CP 3000)**

Teléfono: **(0342) 155198216**

b) Apellido y Nombre: de Miguel Luken, Verónica

Profesión: Lic. en Ciencias (Matemáticas, esp. Estadística), Dra. en Geografía

Cargo: Profesora titular

Domicilio (ciudad y código postal): c/ El Ejido 6 (Málaga, España, CP 29013)

Teléfono: (+34) 952131199

Nota: Curriculum Vitae y Cartas de recomendación en Anexos 5 y 6.

11. PLAN DE TRABAJO

Tema de la investigación.

El tema elegido contribuye al estudio de la calidad de vida personal y familiar, en el marco de los denominados *graves problemas contemporáneos*, definidos por el Papa, al abordar la relación entre los Estilos Educativos Familiares y la Obesidad Infantil.

Resumen del Plan de investigación.

La Obesidad Infantil es una problemática compleja, en cuya etiología intervienen múltiples factores –biológicos, socioculturales, psicológicos y familiares–, y de la cual se derivan consecuencias adversas para la salud del menor. A través de la planificación y ejecución de entrevistas en profundidad a padres y a profesionales de la salud de niños y niñas con obesidad entre 6 y 12 años de edad de la ciudad de Santa Fe, por medio de la utilización del software Atlas.ti, el presente trabajo buscará analizar la influencia de los Estilos Educativos Parentales en el desarrollo y mantenimiento de la Obesidad Infantil.

a) Estado del arte:

En las últimas décadas, las enfermedades crónico–degenerativas han emergido en todas las regiones alrededor del mundo, provocando consecuencias en la salud aún más adversas que las enfermedades infecciosas. Entre los factores de riesgo de las denominadas crónico–degenerativas se ha identificado la obesidad, la cual constituye una enfermedad sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por un exceso de grasa corporal, que se ha extendido incluso a la población infantil y adolescente (López Navarrete et al., 2008).

La Obesidad Infantil -OI- afecta al primer período del ciclo vital, correspondiente a la infancia, etapa que según Hidalgo y Güemes (2011) comprende desde el nacimiento hasta los 12 años de edad, y que, a su vez, puede ser dividida en tres subetapas. Primero se encuentra el período que abarca desde el nacimiento hasta los 3 años, y constituye la fase de crecimiento

acelerado propia del lactante. Entre los 3 y 6 años –etapa preescolar–, se adquiere autonomía en la marcha y se establecen las preferencias y las aversiones alimenticias influidas por la familia. Por último, se encuentra la etapa escolar, sobre la cual se trabajará en el presente proyecto, la cual comprende desde los 6 hasta los 12 años, durante la cual el crecimiento es lento y estable, las necesidades nutricionales y el apetito disminuyen, y la influencia de los amigos y de los medios de comunicación aumentan.

Teniendo en cuenta que la niñez es un período de completa dependencia respecto del entorno familiar, siguiendo lo planteado por Torío López et al. (2008), este se constituye en el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida, donde los niños adquieren las primeras habilidades –caminar, hablar, jugar– y hábitos que le permitirán lograr su autonomía y las conductas necesarias para el resto de su vida. Por tanto, la infancia representa una etapa fundamental para el establecimiento de hábitos alimentarios y estilos de vida, lo cual repercutirá no solo en la etapa presente, sino también en el futuro de dicho individuo. Por ello, el niño debe recibir una adecuada alimentación en cantidad y calidad, como así también el afecto, la estimulación y los cuidados necesarios (Kaztman y Filgueira, 2001). En este sentido, Vázquez Velázquez (2004) sostiene que el ambiente familiar influye tanto en las preferencias alimentarias, como así también en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los miembros de la familia para regular su selección e ingesta, logrando establecer el ambiente emocional, nutricional y de actividad física en el que puede o no desarrollarse la obesidad.

Dentro del ambiente familiar, los progenitores suelen valorar determinado conjunto de conductas como apropiadas para el desarrollo personal y social de sus hijos, y utilizar diversos medios para alcanzar dichos comportamientos deseables. Dicho conjunto de conductas es denominado metas y estrategias de socialización, las cuales están relacionadas con dos dimensiones básicas: afecto y control. La primera variable ha recibido diversos nombres como aceptación, educación o amor, y hace referencia a la sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de sus hijos. Para referirse al control se utilizan términos como dominancia, restricción o coerción, e implica la disciplina familiar, a través de la cual los progenitores determinan límites y normas de comportamiento para garantizar la adaptación social del menor, permitiendo que el niño aprenda a regular y controlar su conducta de manera autónoma. A partir de la interrelación de estas dimensiones en el marco de la interacción padre-hijo, surgen los diferentes *estilos educativos parentales* -

EEP-, que son el conjunto de pautas y prácticas de crianza, cuyo objetivo es la educación y socialización de los niños (Torío López et al., 2008).

El modelo de interacción padre-hijo pionero en este campo de estudio ha sido el de Diana Baumrind (como se citó en Torío López et al., 2008), trabajo clásico de los años 1967 y 1971, en el que se tiene en cuenta la interrelación entre tres variables paternas: control, afecto y comunicación. De la combinación de dichos factores, la autora define tres EEP mediante los cuales los progenitores controlan la conducta de sus hijos:

- a. *Autoritario*: los progenitores son demandantes y directivos, y poco sensibles a las necesidades de sus hijos. No facilitan el diálogo con ellos, y esperan que sus órdenes sean obedecidas, sin dar explicaciones. Consideran que los niños deben cumplir un rol de subordinación, lo cual restringe la autonomía del menor, y favorecen las medidas de castigo. Tiene efectos negativos para la socialización de los niños, incluyendo baja competencia social y autoestima.
- b. *Permisivo*: los padres proporcionan gran autonomía al hijo, en la medida en que no suponga un riesgo para el niño. Evitan imponer su autoridad y el recurso del castigo, con el fin de liberar al niño del control. Son sensibles, afectuosos y tienen una actitud aceptadora y benigna hacia los impulsos y acciones del menor. Sin embargo, no son capaces de poner límites adecuados, lo cual conlleva consecuencias negativas en la socialización de los niños, quienes suelen manifestar bajos niveles de autoestima y confianza en sí mismos, presentar dificultades con respecto al logro de la independencia personal, ser poco obedientes, tener bajos niveles de control de sus impulsos y manifestar dificultades a nivel conductual.
- c. *Autoritativo o Democrático*: los adultos utilizan el razonamiento y la negociación para exigir roles y conductas maduras a sus hijos. Se caracterizan por ser sensibles a las necesidades de los niños, utilizar métodos de disciplina de apoyo y mantener una comunicación bidireccional entre padres e hijos. Se establece un equilibrio entre el afecto y la autoridad, con el adecuado establecimiento de normas y límites. Promueve la responsabilidad y una adecuada autoestima, otorga autonomía y estimula las capacidades personales, como así también las habilidades de comunicación y socialización del niño (Montiel Carbajal y López Ramírez, 2017; Torío López et al., 2008).

Posteriormente, en 1983, dicha tipología fue reformulada y ampliada por Maccoby y Martin (como se citó en Torío López et al., 2008), quienes al observar que la permisividad

presentaba dos formas muy diferentes, dividieron el EEP permisivo de Baumrind en dos estilos nuevos: el permisivo-indulgente y el permisivo-negligente. Por un lado, los padres indulgentes se caracterizan por estar involucrados afectivamente, pero tienen un control laxo con respecto a sus hijos y escasa aplicación de castigos. Evitan la afirmación de la autoridad y la imposición de restricciones, y toleran la expresión de impulsos –incluida la ira y la agresividad–, pero les preocupa la formación de sus hijos, y responden y atienden a sus necesidades. En consecuencia, los hijos presentan espontaneidad, originalidad, creatividad y competencia social; sin embargo, la excesiva tolerancia de los padres respecto a los impulsos de los hijos, junto con la tendencia a complacerlos, conduce a los niños a no valorar el esfuerzo personal, por lo cual, adquieren menor capacidad para la autorresponsabilidad y son más propensos a la falta de autocontrol y autodominio.

A diferencia del permisivo-indulgente, en el EEP negligente, la permisividad no se debe a razones ideológicas sino pragmáticas, por falta de tiempo o de interés, por negligencia o comodidad. La implicación afectiva y el compromiso paterno son nulos y los niveles de autoridad y control son muy bajos, lo cual se puede observar tanto en la dimisión de la tarea educativa, como por la indiferencia de los padres hacia sus hijos. Representa el EEP con efectos socializadores más negativos para los niños, quienes suelen obtener puntuaciones más bajas en dimensiones como la autoestima, el desarrollo de capacidades cognitivas, los logros escolares, la autonomía y en la utilización responsable de la libertad (Torío López et al., 2008).

De acuerdo a Torío López et al. (2008), a partir de los estudios de Baumrind comenzaron a utilizarse las clasificaciones de EEP para investigar la asociación entre estos y las diversas áreas de funcionamiento en los niños, tal como el éxito en el rendimiento académico, la autoestima y la competencia psicosocial. Entre dichos campos de estudio, se ha abordado la relación de los EEP con la conducta alimentaria y la OI, a partir de lo cual se ha observado que los EEP se concretan en prácticas de control de la alimentación de los niños, lo cual repercute en el estado nutricional de los menores. Niklas et al. (como se citó en Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017) denominan Estilos Parentales de Alimentación - EPA- al conjunto de conductas puesto en práctica por los padres en el seno familiar, que tienen como fin mantener, modificar o controlar las conductas alimentarias de sus hijos.

Al igual que los EEP, los EPA se pueden clasificar en tres grupos:

- a. *Autoritario*: busca controlar unilateralmente el acceso a los alimentos y su ingesta por medio de presión para comer, restricción de alimentos, órdenes y coerción.
- b. *Permisivo*: permite el acceso ilimitado a los alimentos, por lo cual, el niño ingiere lo que desea sin ninguna restricción.
- c. *Autoritativo o Democrático*: comprende aquellas acciones que buscan guiar la conducta alimentaria del niño por medio de negociaciones, preguntas y razonamientos (Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017).

Diversos estudios (Brown y Ogden, 2004; Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017; Ventura et al., 2010) plantean que la presión con respecto a la comida que el menor debe ingerir –por ejemplo, porciones más grandes de verduras o frutas–, sin respetar sus necesidades y deseos de ingesta, causaría un efecto inverso al deseado y contribuiría al desarrollo de los trastornos de alimentación, ya que, al recibir presión para comer alimentos saludables, el menor asocia dicho tipo de alimentos con estímulos negativos, mientras que relaciona el alimento no saludable con gratificación, y como resultado, prefiere los alimentos que no debe consumir y rechaza los saludables. Por ende, el EPA autoritario –caracterizado por la utilización de la presión– puede entenderse como factor de riesgo para el desarrollo de OI.

Otro elemento que puede facilitar el desarrollo de OI es la limitación por parte de los padres del consumo –tanto en cantidad como en calidad– de determinados alimentos muy apetitosos, hacia los cuales los niños poseen una natural afinidad. En este sentido, la restricción excesiva, aunque bien intencionada, puede contribuir a alterar la capacidad de los niños para regular su ingesta en forma natural, facilitar el desarrollo de la conducta de desinhibición –comer sin hambre– o promover el consumo de alimentos prohibidos cuando tienen libre acceso a ellos, todo lo cual contribuye al aumento de peso del menor (Brown y Ogden, 2004).

Según Ventura et al. (2010), puede establecerse así un patrón cíclico de aumento de peso del niño y prohibición parental, en el cual el peso del menor motiva la restricción por parte de los adultos, lo que contribuye al consiguiente incremento de peso en el niño, debido a que el control parental sobre el acceso a un alimento puede limitar el consumo de la comida poco saludable momentáneamente, pero, cuando dicho alimento está disponible, el niño no cuenta con mecanismos autorregulatorios para rechazarlo. Por lo tanto, Larsen et al. (como se citó en Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017) plantean que la restricción termina

produciendo la misma conducta que trata de evitar, ya que sitúa el control de la ingesta de comida en factores externos en lugar de internos, como las señales de hambre y saciedad.

Tanto en lo que se refiere a la restricción como la presión para comer –característicos del EPA autoritario–, Ventura et al. (2010) sostienen que el uso excesivo de cualquiera de dichos métodos por parte de los progenitores puede producir impactos negativos, relacionándose con un incremento en el peso de los niños, aumentando el riesgo de malnutrición infantil por exceso.

Por otro lado, el EPA permisivo se caracteriza por la ausencia de horarios establecidos para el consumo de alimentos, la falta de restricciones para comida de alto contenido de grasa y azúcares, y la disponibilidad de alimentos a toda hora, sin necesidad de autorización por parte de un adulto responsable, por lo tanto, también es considerado un factor de riesgo para desarrollar OI (Salazar Vázquez et al., 2015). Ello quedó demostrado en los resultados presentados por Alzate Yepes y Cánovas (2013), quienes analizaron las apreciaciones de profesionales de la nutrición sobre las posibles relaciones entre el estado nutricional infantil y los EEP, basándose en la clasificación realizada por Maccoby y Martin (como se citó en Torío López et al., 2008). Frente a un EPA permisivo-indulgente, los niños suelen presentar exceso en sus estados nutricionales, mientras que con respecto al EPA permisivo-negligente, todos los profesionales afirmaron que este estilo conlleva problemas a nivel nutricional en los menores, tanto por déficit como por exceso.

A su vez, el EEP negligente puede ser considerado un tipo de maltrato infantil, lo cual genera diversas secuelas en los niños, entre ellas la OI, debido a que suele interferir en la adecuada adaptación de un estilo de vida saludable, impidiendo la prevención o manejo del exceso de peso. En este sentido, es posible que la relación entre la OI y el antecedente de maltrato sea consecuencia de circunstancias como la inadaptación, propiciada por las repercusiones psicosociales que tiene la violencia sufrida, o que funcione como un mecanismo de protección (López Navarrete et al., 2008).

Por el contrario, el EPA que ha demostrado las consecuencias más positivas y saludables y que ha sido más asociado con un estado nutricional normal en los menores es el autoritativo o democrático (Alzate Yepes y Cánovas, 2013). Si bien en la investigación llevada a cabo por Montiel Carbajal y López Ramírez (2017) no se hallaron evidencias significativas, estos autores señalan que estudios anteriores identificaron una relación estadísticamente significativa entre el EPA democrático y el desarrollo de prácticas de

alimentación que promueven la autorregulación y, por ende, el control del peso. En los estudios sobre EEP, la combinación de las dimensiones alto afecto y alta exigencia, reflejadas en la adecuada capacidad de responder por parte de los padres, ha demostrado favorecer el desarrollo de la capacidad de regulación de los niños (Black y Creed Kanashiro, 2012). En este sentido, en lugar de alentar a los niños a comer un bocado más, Saavedra y Dattilo (2012) sostienen que los padres pueden ayudarlos en el proceso de autorregulación de la ingesta de energía ofreciendo porciones adecuadas y estimulándolos a evaluar su saciedad.

Por último, cabe destacar que solo se ha encontrado un estudio que aborda la obesidad en la población infantil en el contexto de la ciudad de Santa Fe (Berta et al., 2015). Dicha investigación buscaba estudiar la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los menores en edad escolar y establecer la relación entre la frecuencia y calidad del desayuno y las colaciones. Como resultado, se han estimado niveles de obesidad que superan las estadísticas nacionales, y se ha comprobado que la omisión del desayuno o su baja frecuencia y la insuficiente o mala calidad del mismo se relacionan con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

b) **Formulación y fundamentación del Problema**

A partir de lo anterior, el presente trabajo pretende dar respuesta al interrogante: ¿Los Estilos Educativos Parentales ejercen influencia sobre la salud nutricional de niños y niñas de 6 a 12 años de edad de la ciudad de Santa Fe? ¿Existe un Estilo Educativo Parental que favorezca el desarrollo y mantenimiento de OI en los menores en dicho contexto?

Esta pregunta de investigación surge a partir de la complejidad que reviste la OI, la cual constituye uno de los problemas de salud más frustrantes y difíciles de manejar, ya que es una enfermedad crónica, compleja, recurrente, estigmatizada y de etiología multifactorial que produce consecuencias a corto y largo plazo en el niño (Salazar Vázquez et al., 2015; Villagrán Pérez et al., 2010). El desarrollo de la OI no solo se asocia con potenciales riesgos futuros, como discapacidad, mayor probabilidad de obesidad en la edad adulta e incluso muerte prematura, sino que también, durante la infancia, los niños sufren dificultades respiratorias, fracturas, hipertensión, marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y consecuencias a nivel psicológico y social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

La OMS (2018) estimó que, en el año 2016, más de 340 millones de niños y adolescentes padecían sobrepeso u obesidad a nivel mundial. En Argentina, el reporte anual

del Programa Nacional de Salud Escolar correspondiente al año 2014, el cual presenta una descripción de la situación de salud de niños y niñas de 5 a 13 años de edad de todo el territorio nacional, arrojó estadísticas alarmantes: el 22% de la población analizada presentaba sobrepeso, y el 16,8%, obesidad. Dicho reporte, concluye que el sobrepeso y la obesidad afectan al 38% de la población pediátrica de Argentina, estableciéndose como una de las problemáticas con mayor frecuencia entre los menores de edad (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2016). Considerando la alta prevalencia de OI en la subetapa escolar de la infancia -entre los 6 y los 12 años de edad-, en el presente estudio, se tendrá en cuenta dicha fase.

A diferencia de otros problemas de salud, la OI “tiene múltiples causas y requiere un enfoque amplio que abarque el tratamiento del paciente, la familia y el medio ambiente donde se desarrolla” (MSN, 2013, p. 62), y teniendo en cuenta que dicha problemática muestra un significativo incremento a nivel mundial, adquiere carácter de urgencia el abordaje de los factores desencadenantes de la OI. Ante la escasez de datos locales acerca de la problemática planteada respecto a la OI en niños y niñas en edad escolar, y en particular, su relación con variables contextuales y relacionales, tal como los EEP, se ha considerado imprescindible abordar la relación entre la OI y los EEP en la ciudad de Santa Fe, considerando dicha variable familiar como un potencial factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la problemática.

c) **Marco teórico:**

Debido a que la obesidad es el aumento de la masa adiposa, para su evaluación y diagnóstico existen diversas mediciones objetivas, aunque en la práctica clínica actual la más utilizada es el Índice de Masa Corporal -IMC- (Chueca et al., 2002). Dicho índice es considerado una medida indirecta del estado de peso, que se registra en percentiles específicos para la edad y el sexo, se define como el peso –en kilogramos– dividido por el cuadrado de la altura –en metros–, y se expresa como kg/m^2 (Bilbao Chávez et al., 2013; MSN, 2013).

Si bien antes de la edad adulta, el IMC presenta gran variabilidad según la edad y el sexo, existen parámetros que hacen posible comparar el crecimiento entre los grupos de la misma edad y género, permitiendo evaluar si dichas variaciones en las mediciones corporales tienen relación con problemas en el crecimiento y la salud (Salazar Vázquez et al., 2015). De acuerdo a la OMS (2018), para evaluar el estado de peso en niños y adolescentes se utilizan

las denominadas curvas de crecimiento, que permiten comparar el peso y la talla de un niño con el promedio del peso y la talla de menores sanos de su misma edad y género. En niños y adolescentes, el sobrepeso corresponde a un IMC entre el percentil 85 y el percentil 97, mientras que la obesidad para dicha población etaria se diagnostica a partir de un IMC mayor que el percentil 97 (MSN, 2013).

Siguiendo los planteamientos de Lamarque y Orden (2017), desde los modelos tradicionales de investigación e intervención, cuya perspectiva se basa en el enfoque biomédico centrado en el individuo, y donde rige la lógica lineal, el problema de la obesidad suele limitarse a dos componentes principales: la excesiva ingesta y el insuficiente gasto energético; por tanto, el tratamiento apunta a modificar los estilos de vida inadecuados y a cambiar las conductas y acciones de sujetos aislados, lo cual ha demostrado ser insuficiente e ineficaz. En la actualidad, por el contrario, para la comprensión y el abordaje de dicha problemática, se tiende a trabajar desde enfoques integrales y a considerar aquellos aspectos ambientales en que se producen los fenómenos.

En este sentido, Colunga Rodríguez y González (2013) definen la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, cuya etiopatogenia, expresión clínica y tratamiento sólo se pueden comprender mediante un enfoque biopsicosocial, perspectiva que reconoce la influencia de elementos biológicos del individuo, como así también del ambiente social y cultural. Teniendo en cuenta los diversos entornos que participan en el desarrollo del ser humano, Egger y Swinburn, en 1997, propusieron un modelo ecológico para entender la obesidad, el cual plantea que los factores biológicos y ambientales influyen de manera directa en los elementos conductuales, modificando los patrones de alimentación y de actividad física, lo cual a su vez es moderado por variables biológicas y fisiológicas. Desde esta perspectiva, el entorno más inmediato del niño es la familia, que en el modelo de Bronfenbrenner (1979) representa el microsistema, el cual puede funcionar tanto como un ambiente estimulante y positivo para el desarrollo humano o, por el contrario, puede ser disfuncional y cumplir un rol disruptor.

La familia puede ser entendida como un sistema en el cual sus miembros realizan una serie de interacciones e intercambios de tipo afectivo, instrumental, material y económico necesarios para el desarrollo de cada uno de sus integrantes. Según la teoría familiar sistémica, los individuos se relacionan entre sí de forma tal que el cambio en un miembro afecta a los demás y al grupo en su totalidad, lo cual, a su vez, afecta al primer individuo en

una cadena circular de influencias; por tanto, la causalidad debería entenderse como circular y no lineal (Colunga Rodríguez y González, 2013). Con respecto a los trastornos o problemas psicológicos, resulta crítico comprender los patrones recurrentes de interacción entre los síntomas y el resto del sistema familiar, que mantienen, exacerbaban o acrecientan el problema. Esta perspectiva es útil incluso en aquellas condiciones que están parcial o totalmente determinadas por la biología (Rolland y Walsh, 1996), tal como la OI.

Dentro del sistema familiar, se destacan el rol y las funciones que desempeñan los padres. En el presente trabajo, no se buscará analizar las diferencias de género, por lo cual, el término padres hará referencia a madre, padre y/o cualquier otra persona responsable del menor. Bornstein (2002) afirma que la parentalidad se corresponde con las capacidades que poseen los padres para atender las necesidades de sus hijos, con respecto a su nutrición, cuidado, protección y educación. Debido a que los niños son incapaces de crecer como individuos solitarios, antes que el menor tenga la edad suficiente para participar de situaciones sociales formales o incluso informales, la parentalidad constituye el ambiente inicial del desarrollo infantil, donde la mayoría de sus experiencias con el mundo provienen directamente de las interacciones que tienen dentro de su familia.

Durante dicho período de formación en el desarrollo humano, los padres tienen un papel central en la supervivencia física de sus hijos y son quienes guían –directa o indirectamente– el desarrollo de sus niños, el crecimiento social, la maduración emocional y el desarrollo cognitivo, por medio de sus creencias y sus conductas. Los padres representan la principal fuente de prácticas y creencias de alimentación en los niños, debido a que son quienes controlan la accesibilidad de alimentos y transmiten información y conocimientos acerca de ellos. Desde una perspectiva integral de la salud, y considerando la etapa evolutiva en la que se inserta la OI, es necesario analizar la parentalidad, constructo que incluye las actividades desarrolladas por los padres en el proceso de cuidar, socializar y educar a sus hijos (Bornstein, 2002), en particular, los denominados EEP, y en particular, los EPA.

Darling y Steinberg (1993) definen los EEP como un conjunto de actitudes hacia los hijos que les son transmitidas al menor y que en su totalidad crean un clima emocional en el cual se expresan las prácticas parentales. Estas últimas incluyen las conductas directas e indirectas –gestos, tonos de voz o expresiones espontáneas de emoción y sentimiento–, a través de las cuales los progenitores cumplen con sus obligaciones parentales. Por su parte, Torío López et al. (2008) se refieren a los EEP como:

la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, la toma de decisiones o la resolución de conflictos. Por tanto, se ponen en juego unas expectativas y modelos, se pretende regular las conductas y marcar unos parámetros que serán el referente tanto para comportamientos como actitudes. (p. 153)

Continuando con Torío López et al. (2008), estos autores hacen un recorrido sobre el desarrollo del constructo de EEP. Afirman que el estudio pionero fue el de Diana Baumrind, a partir del cual se clasificaron tres EEP: autoritario, permisivo y autoritativo o democrático. Luego, Maccoby y Martin reformularon dicha clasificación y describieron cuatro EEP en función de las dos dimensiones anteriormente mencionadas –afecto y control– y el grado de cada una de ellas (ver Tabla 1).

Tabla 1

Estilos Educativos Parentales según Maccoby y Martin

<i>Estilos Educativos Parentales</i>	<i>Dimensiones</i>	
	Control	Afecto
Democrático	Alto	Alto
Autoritario	Alto	Bajo
Permisivo-Indulgente	Bajo	Alto
Permisivo-Negligente	Bajo	Bajo

Fuente: Elaboración propia.

Como puede verse en la Tabla 1, mientras que los EEP democrático y autoritario se conservaron, el EEP permisivo fue dividido en dos EEP nuevos. Por un lado, el permisivo-indulgente, en el cual, si bien los padres evitan la afirmación de la autoridad y la imposición de restricciones, y toleran la expresión de impulsos, se preocupan por la formación de sus hijos y responden y atienden sus necesidades. En cambio, en el EEP permisivo-negligente, la permisividad no se debe a razones ideológicas sino pragmáticas, por falta de tiempo o de interés, por negligencia o comodidad (Torío López et al., 2008).

Según Niklas et al. (como se citó en Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017), los EEP se concretan en prácticas de control de la alimentación de los niños, mencionados anteriormente como EPA, los cuales repercuten en el estado nutricional de los menores. Los EPA tienen sus raíces conceptuales en los EEP de Baumrind, y al igual que estos, se pueden clasificar en tres grupos de EPA: autoritario, permisivo y autoritativo o democrático (Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017).

El EPA autoritario se caracterizaría por la utilización de la presión con respecto a la comida que el menor debe ingerir y la restricción en cantidad y calidad de determinados alimentos, que empleados en modo excesivo, aunque de manera bien intencionada, pueden incrementar el riesgo de OI (Brown y Ogden, 2004; Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017; Ventura et al., 2010). Por el contrario, el EPA permisivo se caracteriza por el acceso ilimitado de alimentos y la ausencia de control en la cantidad y la calidad de la alimentación, por lo tanto, también es considerado un posible factor de riesgo para desarrollar OI (Salazar Vázquez et al., 2015).

Por último, el EPA que ha sido relacionado con un estado nutricional normal en los menores es el autoritativo o democrático, el cual utiliza en mayor medida la negociación, las preguntas y el razonamiento (Alzate Yepes y Cánovas, 2013; Black y Creed Kanashiro, 2012; Montiel Carbajal y López Ramírez, 2017; Saavedra y Dattilo, 2012).

d) **Objetivos generales y específicos:**

Objetivo General:

- Analizar los Estilos Educativos Parentales de padres de niños y niñas con Obesidad Infantil entre 6 y 12 años de edad que residan en la ciudad de Santa Fe.

Objetivos Específicos:

- Describir el grado percibido por parte de los padres de las dimensiones de los Estilos Educativos Parentales: control, afecto y comunicación.
- Evaluar los Estilos Educativos Parentales que practican los padres de niños y niñas en el desarrollo de Obesidad Infantil, poniendo énfasis en identificar los Estilos Parentales de Alimentación inadecuados.
- Analizar la perspectiva de los profesionales de la salud acerca de los Estilos Educativos Parentales de padres de niños y niñas con Obesidad Infantil.

e) **Hipótesis de trabajo:**

La hipótesis de la que se parte es que los Estilos Educativos Parentales de tipo autoritario y permisivo y sus respectivos Estilos Parentales de Alimentación, representan uno de los factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la Obesidad Infantil en menores de 6 a 12 años.

f) Metodología:

Población:

Los participantes de este estudio serán madre, padre o tutores legales y profesionales de la salud de niños y niñas con obesidad que tengan entre 6 y 12 años de edad, pertenecientes a la ciudad de Santa Fe (Santa Fe, Argentina).

Cabe aclarar que además del discurso propio de los padres, se considera relevante conocer y analizar la perspectiva de los profesionales de la salud, debido a que suelen tener un contacto continuado con los cuidadores del menor, ser los referentes en cuestiones de salud y, por tanto, suelen tener una opinión formada con respecto a diferentes temáticas (Alzate Yepes y Cánovas, 2013).

Diseño y tipo de investigación:

Para alcanzar los objetivos planteados, el diseño de investigación elegido es el aplicado -de campo-, por medio de una metodología de tipo cualitativa, la cual busca explorar el conjunto de experiencias, opiniones, percepciones y significados sobre determinada temática desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural (Hernández Sampieri et al., 2010). En este sentido, a través de un proceso de construcción teórico-práctica, caracterizado por la circularidad y la mutua interacción entre el investigador y lo investigado, la metodología cualitativa pretende describir y comprender los fenómenos, para posteriormente sistematizar y ordenar los resultados obtenidos (Arenas y Torres, 2018).

Dado que la aproximación metodológica es cualitativa, a partir de la cual se busca la riqueza y profundidad de la información para comprender los fenómenos de la realidad, y no se pretende alcanzar la generalización de los resultados, se utilizará el muestreo no probabilístico, en este caso, el denominado *bola de nieve*. En este tipo de muestreo, se solicita a los miembros localizados de la población objetivo que identifique a otras personas en las mismas condiciones con el objetivo de ampliar la muestra; a partir de ello, el investigador se contacta con estos nuevos sujetos, a quienes vuelve a preguntarles si pueden facilitar acceso a nuevos individuos, y así sucesivamente. Este ciclo se da por finalizado por el criterio de saturación, en el momento en que los discursos comienzan a repetirse y se considera que nuevas entrevistas no brindarán nueva información. Por ello no se define el tamaño de la muestra a priori, sino que la misma permanecerá abierta, quedando la cantidad definida por la saturación, y la calidad por la riqueza de la información (de Miguel Luken, Verónica, 2018).

En el presente trabajo, será preciso establecer contacto con profesionales de diversas áreas -médicos pediatras, nutricionistas y psicólogos- que trabajen con población infantil, quienes puedan brindar su opinión acerca de la temática, como así también que sean los intermediarios a través de los cuales se pueda realizar la búsqueda y la localización de los padres de niños y niñas con OI. Para ello, se contactará con dichos profesionales, mediante llamada telefónica o correo electrónico, para explicarle los principales objetivos de la investigación, solicitando su colaboración para la concreción del mismo. Una vez localizados los posibles participantes del estudio, y luego de obtener el consentimiento informado, se planificará una cita con cada participante, acordando el sitio y hora, considerando la disponibilidad de los mismos.

Dentro de los instrumentos y técnicas de la metodología cualitativa, en el presente trabajo se empleará la observación participante, en la cual el investigador utiliza la observación directa de forma sistemática, sin asumir el rol de actor externo portador de un saber dominante. El investigador se mezcla como miembro del grupo, con el que establece vínculos de confianza, favoreciendo la disminución de las resistencias originadas por temor al prejuicio, la discriminación y la estigmatización. Es de destacar que solo puede aplicarse a una pequeña muestra de la población, dificultando su generalización (Herranz de Rafael, 2018). Una de las técnicas de análisis que utiliza la observación participante es la entrevista en profundidad, que en el presente trabajo será aplicada a profesionales y padres de niños y niñas con OI, para poder comprender el fenómeno a estudiar.

A través de las entrevistas en profundidad, se busca ahondar en las ideas, opiniones, creencias, actitudes y conductas de los entrevistados. Se pueden identificar dos grandes ventajas: por un lado, este tipo de procedimiento logra una mayor comprensión de las condiciones psicológicas y ambientales de los entrevistados; y, por otro lado, tienen un bajo costo. Al igual que la observación participante, la principal limitación sería la imposibilidad de generalizar los datos obtenidos. La aplicación de las entrevistas en profundidad se puede dividir en tres etapas: en la fase pre-entrevista, se procede a la selección de la muestra y elaboración de preguntas abiertas a modo de guía, teniendo en cuenta el objeto de investigación y la hipótesis a verificar; en la etapa de la entrevista, se procede a la exposición de los objetivos de la investigación, la justificación de la grabación del encuentro, la explicación y la firma del consentimiento informado, y finalmente se realizan las preguntas planificadas. En la última etapa, los datos obtenidos deben ser transcritos e incorporados a un

software -en este caso, Atlas.ti-, para ser posteriormente analizados (Herranz de Rafael, 2018).

En primer lugar, cabe destacar que los participantes serán codificados con letras y números con el fin de garantizar su anonimato. Por otro lado, el análisis de las transcripciones de las entrevistas se realizará por etapas: (a) transcripción completa de las entrevistas; (b) identificación de los fragmentos textuales -citas- relacionados a los objetivos del estudio; (c) agrupamiento de las citas que se refieran a temas coincidentes y clasificación en diferentes grupos -secciones-; (d) a través de la relación de las diferentes secciones, se confeccionará un mapa conceptual y una nube de palabras, a modo de resumen.

Como se indicó anteriormente, en la presente investigación, se utilizará el software Atlas.ti, diseñado por el alemán Thomas Murh, en la década de los 80. Dicho programa permite incorporar los datos de manera secuencial, característico del análisis cualitativo. Como principales ventajas se identifican el ahorro del tiempo en el manejo y búsqueda de datos, la velocidad en la codificación de los mismos y se destaca el aumento en la calidad de la investigación, dado que los programas para el análisis de datos favorecen la coherencia y el rigor de los procedimientos analíticos (San Martín Cantero, 2014).

Variables de estudio:

- Dependiente: Obesidad Infantil, según criterio diagnóstico de IMC.
- Independientes:
 - Grado de las dimensiones de los Estilos Educativos Parentales: afecto, comunicación y control.
 - Tipos de Estilos Educativos Parentales: autoritario, permisivo y democrático.
 - Tipos de Estilos Parentales de Alimentación: autoritario, permisivo y democrático.

g) Resultados esperados:

Se espera que obteniendo los resultados establecidos y comprobadas la hipótesis de investigación, luego de los encuentros planificados y por medio de los informes destinados a los padres, estos últimos puedan identificar aquellas prácticas que emplean en la interacción padre-hijo, en especial, en relación a la alimentación. Con respecto a los profesionales de la salud, se aspira a que, a través del diálogo sobre la relación entre OI y EEP y de los respectivos informes, se pueda comenzar a reflexionar sobre las prácticas profesionales

centradas en el individuo -en este caso, el menor con OI-, y se abra así un camino para el intercambio interdisciplinar orientado a un trabajo integral.

h) Transferencia y beneficiarios:

Una vez alcanzados los resultados del proyecto planteado, se brindará retroalimentación a los participantes del proceso, a través de informes que serán confeccionados de manera diferenciada según estén destinados a los padres o a los profesionales de la salud, de manera tal que los ayude a identificar los diferentes EEP y a plantear interrogantes al respecto. En base a lo recientemente destacado, en un futuro, se buscará planificar intervenciones desde un marco integral y comunitario, que favorezcan la promoción de las prácticas asociadas al EEP democrático, desde una perspectiva de prevención de la OI, como así también de promoción de la salud, favoreciendo un ambiente adecuado para el desarrollo de los menores y su familia.

Asimismo, se pretende que los resultados de la presente investigación sean publicados en una revista académica, con el fin de poner los resultados obtenidos a disposición de la comunidad interesada, como así también poder visibilizar a la Universidad Católica de Santa Fe como promotora de nuevas investigaciones e investigadores.

i) Cronograma de actividades:

Principales actividades	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre
Diseño del guion para las entrevistas en profundidad, de manera diferenciada para padres y profesionales de la salud, como así también del consentimiento informado.				
Relevamiento de instituciones -hospitales, sanatorios, clínicas, institutos- que aborden la OI, o en su defecto, que aborden temáticas relacionadas a la población infantil.				
Búsqueda de profesionales de la salud dedicados a la población infantil, interesados en participar de la investigación y/o de ser contacto con padres				

de niños con OI.				
Localización de padres y madres de niños y niñas con OI entre 6 y 12 años y coordinación de las entrevistas con aquellos cuidadores interesados.				
Realización de las entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y a los padres identificados.				
Transcripción de las entrevistas llevadas a cabo y de las anotaciones basadas en la observación participante, a través del software Atlas.ti.				
Confección del informe parcial solicitado por la UCSF.				
Análisis y sistematización de la información obtenida a través de las entrevistas en profundidad y la observación participante, por medio del software Atlas.ti.				
Elaboración de los informes destinados a los actores participantes.				
Confección de un artículo destinado a revista académica.				
Coordinación con la Facultad de Psicología y de la Salud y realización del ateneo descrito.				
Confección del informe final.				

j) Recursos y accesibilidad de fuentes:

La planificación, elaboración y aplicación de las entrevistas será llevada a cabo por la solicitante de la presente beca, como así también el análisis de los resultados obtenidos y la confección de los informes pertinentes. En lo que refiere al software Atlas.ti -herramienta utilizada para el análisis de datos-, ya se cuenta con la misma y no representa costo alguno.

El director del proyecto supervisará cada parte del proceso, acompañando a la becaria en las diversas actividades que se realicen, corrigiendo lo que fuera necesario.

k) **Bibliografía:**

- Alzate Yepes, T. y Cánovas Leonhardt, P. (2013, Julio-Diciembre). Estado nutricional infantil y estilos educativos familiares: Apreciación de expertos. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 15(2), 185–199. <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v15n2/v15n2a6.pdf>
- Arenas, E. y Torres, G. (2018, Enero-Diciembre). El reto de la investigación cualitativa en psicología: Alcances para un cambio paradigmático en la universidad. *Yachay Revista Científico Cultural*, 7(1), 484-489.
- Berta, E. E., Fugas, V. A., Walz, F. y Martinelli, M. I. (2015, Marzo). Estado nutricional de escolares y su relación con el hábito y calidad del desayuno. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 45-52. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v42n1/art06.pdf>
- Bilbao Chávez, L. P., Chávez Barrera, J. A. y Juárez Naranjo, E. (2013). Definición, etiología y clasificación del sobrepeso y la obesidad. En P. Rodríguez González y A. Larrosa Haro (Eds.), *Desnutrición y Obesidad en Pediatría* (pp. 167-171). Alfíl.
- Black, M. M. y Creed Kanashiro, H. M. (2012, Julio-Septiembre). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 373–8.
- Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of parenting. Volume 1: Children and parenting*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Brown, R. y Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour. *Health Education Research*, 19(3), 261–271. <https://doi.org/10.1093/her/cyg040>
- Chueca, M., Azcona, C. y Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 127–141.

- Colunga Rodríguez, C. y González, M. A. (2013). Abordaje familiar y psicológico del niño con obesidad exógena. En P. Rodríguez González y A. Larrosa Haro (Eds.), *Desnutrición y obesidad en pediatría* (pp. 241–257). Alfil.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993, Mayo). Parenting style as context: an integrative model. *Psychol Bull*, 113(3), 487–496.
- de Miguel Luken, V. (2018). La selección de las unidades de investigación: el diseño de muestras. En F. Requena Santos y L. Ayuso Sánchez (Eds.), *Estrategias de investigación en las ciencias sociales* (pp. 173-201). Trant lo blanch.
- Egger, G. y Swinburn, B. (23 de Agosto de 1997). An “ecological” approach to the obesity pandemic. *BMJ*, 315, 477–480.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127317/pdf/9284671.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Herranz de Rafael, G. (2018). Principales técnicas de obtención de datos en ciencias sociales. En F. Requena Santos y L. Ayuso Sánchez (Eds.), *Estrategias de investigación en las ciencias sociales* (pp. 203-231). Trant lo blanch.
- Hidalgo, M. I. y Güemes, M. (2011). Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. *Pediatría Infantil*, 15(4), 351–368.
- Kaztman, R. y Filgueira F. (2001). *Panorama de la infancia y la familia en Uruguay*. Universidad Católica del Uruguay.
- Lamarque, M. y Orden, A. B. (2017, Abril). Prevención de la obesidad infantil: aportes desde las ciencias sociales para la intervención. *Archivo Argentino de Pediatría*, 115(2), 169–174. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.169>
- López Navarrete, G. E., Perea Martínez, A. y Loredó Abdalá, A. (2008, Noviembre-Diciembre). Obesidad y maltrato infantil: un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, 29(6), 342–346.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE): Reporte anual 2014*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Montiel Carbajal, M. M. y López Ramírez, L. F. (2017, Junio). Estilos parentales y su relación con la obesidad en niños de 2 a 8 años de edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 11–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.006>

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 3 de septiembre de 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Rodríguez Arauz, G. y Ramírez Esparza, N. (21 de Junio de 2017). Prácticas parentales, alimentación saludable y medidas objetivas de composición corporal en la niñez preescolar. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 61–73. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.26411>
- Rolland, J. S. y Walsh, F. (1996). Terapia familiar: evaluación y tratamiento desde una perspectiva sistémica. En S. C. Yudofsky, J. A. Talbott y R. E. Hales (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2ª ed., pp. 1233–1264). Ancora S.A.
- Saavedra, J. M. y Dattilo, A. M. (2012, Julio-Septiembre). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 379–85. <https://www.redalyc.org/pdf/363/36325041013.pdf>
- Salazar Vázquez, B. Y., Salazar Vázquez, M. A. y Pérez Tamayo, R. (2015). *¿Gorditos o enfermos? La obesidad en niños y adolescentes*. Fondo de Cultura Económica.
- San Martín Cantero, D. (2014, Enero). Teoría fundamentada y Atlas.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. <http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html>
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V. y Rodríguez Menéndez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales: Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151–178. <http://hdl.handle.net/10366/71805>
- Vázquez Velázquez, V. (2004, Octubre-Diciembre). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S136–S142. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>
- Ventura, A. K., Savage, J. S., May, A. L. y Birch, L. L. (2010). *Predictores psicosociales, familiares y conductuales tempranos de sobrepeso y obesidad infantil*. Enciclopedia para el desarrollo infantil.
- Villagrán Pérez, S., Rodríguez Martín, A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Nieto, J. M. y Lechuga Campoy, J. L. (2010). Hábitos y estilos de vida modificables en niños con

sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 823–831.
<https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.5.4683>

1) **Actividades vinculadas con el tema de investigación a desarrollar en la Universidad:**

Debido al desconocimiento del futuro desarrollo de las actividades académicas de la universidad como consecuencia de la pandemia por el COVID-19, se propone un ateneo de modalidad online en coordinación entre la Facultad de Psicología y de la Salud de la UCSF, con el objetivo de fortalecer las relaciones entre ambos institutos, como así también favorecer la visión integral e interdisciplinaria a los alumnos y las alumnas de dichas facultades, interesados en la temática.

Solicitante de beca
Catalina Musuruana
DNI 37.283.524

Director de beca
Ignacio Jesús Florida
DNI 32.895.032

12. FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD

Con respecto a la temática de la obesidad, a partir de la formación recibida, me han llamado la atención aquellas enfermedades que siempre fueron entendidas como físico-biológicas, cuyo abordaje se ha centrado en el individuo, favoreciendo el aislamiento del contexto en el cual se desarrollan. Posicionada desde una perspectiva sistémica, considero de suma importancia el abordaje integral del individuo, el cual se encuentra influido y a su ejerce influencia sobre diversos ámbitos: desde el más próximo, tal como la familia, hasta el más distal, como las políticas públicas, económicas, entre otras. En relación a la infancia, considero que es una población que merece el interés de profesionales, investigadores e, incluso, funcionarios públicos, dado que es una etapa crucial en el desarrollo de los individuos, que puede tener consecuencias adversas tanto a corto como largo plazo.

Luego de haber sido alumna becaria de un Proyecto de Investigación para Investigadores Formados, la solicitud de la presente beca se debe, principalmente, a mi interés en continuar en el ámbito académico, y en particular, en la investigación, que ha sido mi motivación desde el inicio de la carrera en Lic. en Psicología. Habiendo culminado recientemente un máster y comenzando mis primeros pasos en la carrera profesional,

considero de suma importancia el apoyo por parte de mi casa de estudios, con el fin de tener la oportunidad de formarme como investigadora y, en un futuro, poder continuar analizando fenómenos de la realidad, comprobando teorías y prácticas establecidas, y, a través de reflexión sistemática y fundamentada, proponer nuevos caminos dentro del ámbito de la salud, y en particular, de la Psicología.

Catalina Musuruana

DNI 37.283.524

13. AVAL DE LA UNIDAD ACADEMICA

La Unidad Académica deberá dar expresa conformidad sobre los siguientes aspectos:

- Condición de profesor, egresado o alumno del último año que no adeude más de tres materias regularizadas del último curso de la Carrera.
- El tema de investigación.
- El Director propuesto.
- Las actividades a desarrollar por el aspirante, según lo establecido en el apartado B.4.y el eventual uso de equipos, instrumentos, etc.

Director

Ignacio Jesús Floridia

DNI 32.895.032

14. DATOS CURRICULARES DEL DIRECTOR

Ver Anexo 7.

15. DECLARACION JURADA

Declaro conocer las normas que establecen el marco referencial para el desarrollo de la Investigación en la Universidad Católica de Santa Fe, especialmente lo dispuesto en la Resolución N° 5029 de Consejo Superior, y me comprometo a cumplirlas.

Catalina Musuruana

DNI 37.283.524