

Cómo citar este documento

Gómez Ramírez, Carmen María; Benavides Espínola, Inmaculada Concepción; Orozco Carreras, Elena. Percepción de los padres acerca de la obesidad de sus hijos. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11193.php>

Percepción de los padres acerca de la obesidad de sus hijos

Carmen María *Gómez Ramírez*,¹ Inmaculada Concepción *Benavides Espínola*,² Elena *Orozco Carreras*³

^{1,3}Centro de Salud Coín. Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España. ²Centro de Salud Nueva Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España

Resumen

Objetivo principal: Medir la percepción de los padres acerca de la obesidad de sus hijos en niños de ambos sexos de edad comprendida entre 4 y 14 años pertenecientes al Centro de Salud de Coín y a los consultorios de Guaro y Monda, a través de un cuestionario ad hoc.

Metodología: Estudio Observacional Descriptivo Transversal que se realizará en la ZBS Coín. La muestra está formada por los padres de los niños de edades comprendidas entre 4 y 14 años incluidos en el programa de Obesidad Infantil que cumplan los criterios de inclusión/exclusión. Para determinar las medidas antropométricas: peso, talla, IMC, utilizaremos una báscula previamente calibrada. Utilizaremos un cuestionario ad hoc adjunto en el anexo para medir la percepción de los padres sobre la obesidad en sus hijos.

Palabras clave: Obesidad infantil, Percepción, Padres, Centro de salud, Conductas

Abstract (Parents' perception about childhood obesity in their own children)

Objective: Measuring parents' perception about their children's obesity in both sexes' children between 4 and 14 years old from the Primary Care Centers of Coin, Guaro and Monda through an ad hoc questionnaire.

Methods: Transversal descriptive observational study done in Primary Care Center of Coin. The demonstration is formed by parents of children between 4 and 14 years included in the Childhood Obesity program and meet the criteria for inclusion/exclusion. To determine anthropometric measurements (weight, height, BMI), we use a previously calibrated scale. We use an ad hoc questionnaire attached in the annex to measure parents' perception about obesity in their children.

Key-words: Childhood obesity, perception, parents, Primary Care Center, behaviour.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de mortalidad y hospitalización en España y una fuente importante de gasto sanitario. Cada año se producen aproximadamente 120.000 muertes por esta causa y en 2006 se generaron más de 5 millones de estancias hospitalarias (1-3). La lucha contra las enfermedades cardiovasculares actualmente está centrada sobre todo en el desarrollo de medidas de prevención secundaria y terciaria. Sin embargo, la actuación sobre factores de riesgo modificables y presentes en el sujeto durante largo tiempo, en algunos casos desde la infancia —como la obesidad—, no se ha convertido en prioritaria hasta el momento.

La obesidad es un problema médico y de salud pública de primer orden (4). En numerosos estudios se ha documentado una fuerte relación entre obesidad y enfermedad cardiovascular (5,6).

Cuando se habla de obesidad y enfermedad cardiovascular, no sólo hay que pensar en obesidad en la edad adulta, sino también en edades más tempranas (7,8). En la infancia y la adolescencia, el exceso de peso está asociado directamente con concentraciones plasmáticas elevadas de insulina, lípidos y lipoproteínas y con hipertensión arterial (9), y puede ocasionar la aparición prematura de enfermedades cardiovasculares en los adultos (10,11).

El crecimiento mundial del sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia en las últimas décadas ha sido espectacular (2,3). Se estima que alrededor de un tercio de los niños padecen exceso de peso (12). La prevalencia de obesidad infantil en España se encuentra entre las mayores de Europa, junto con Malta, Italia, Reino Unido y Grecia (12-14).

La elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños españoles, cercana al 12,4% y 13,9% respectivamente (lo que supone un 26,3 % de sobrecarga ponderal), constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública del país, alcanzando niveles superiores a los encontrados en otros países desarrollados (15).

El excesivo consumo de alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas saturadas, azúcar y sal, la falta de actividad física y el incremento de actividades sedentarias, representan en la actualidad los estilos de vida de gran parte de la población infantil. Este desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético sostenido por períodos prolongados de tiempo, ha sido reconocido internacionalmente como la principal causa de la elevada y creciente prevalencia de obesidad (16).

Otro de los posibles factores implicados en la obesidad infantil es la percepción parental inadecuada del estado nutricional de los hijos, que oscila entre un 10,5-79% según diferentes autores. Tanto la percepción de los niños, cuando son más mayores, como la percepción de los padres cuando son más pequeños es considerada actualmente el aspecto que presenta una mayor relación con los cambios de conducta relacionados con los factores de riesgo de obesidad, de ahí la importancia de su identificación (17).

Algunas investigaciones han mostrado que las madres deciden el tipo de alimentación en función de lo que les gusta a ellas o sus parejas, siendo las comidas poco saludables las que predominan. Otros estudios como el de Restrepo y Maya, aluden a la formación de hábitos alimentarios asociados con la convivencia familiar, revelando que los niños

que comen con sus padres adquieren mejores hábitos alimenticios en comparación con aquellos que comen solos o con otros familiares (17).

Otro estudio encontrado de corte fenomenológico realizado por Cabello y Zúñiga, mostró que los patrones en la dieta y las preferencias para la realización o no de ciertas actividades, se forman dentro del seno familiar; es así, que la familia influye en los comportamientos alimenticios de varias maneras; forma los primeros hábitos alimenticios del niño y establece la toma de decisión en términos de elecciones de dieta, actividad y otros comportamientos. Es decir, la familia como ámbito de socialización incide en el desarrollo de patrones culturales y alimentarios de los niños. De ahí que el papel de las madres en la preparación de los alimentos se vuelva fundamental, pues de ellas dependerán, en gran medida, los hábitos alimenticios que adquieran sus hijos (17).

Por otra parte, cuando la madre tiene una percepción adecuada de su hijo/a, tiende a presentar mayor disponibilidad de implementar cambios en los hábitos alimenticios de estos/as. De acuerdo con Ortiz y Posa, cuando una madre reconoce el problema que supone la obesidad y conoce las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo/a, intentará inculcarle hábitos alimenticios saludables (17).

Se trata de un tema de actualidad, al cual se hace referencia en los medios de comunicación con frecuencia. La población general es consciente de que nuestros niños y adolescentes tienen una mayor tendencia a la obesidad que hace 20 años y que dicho problema se asocia claramente con los estilos de vida sedentarios y los factores nutricionales. El ritmo de vida actual induce a la práctica de estos hábitos poco saludables y es aquí donde como enfermeros de atención primaria podemos intervenir, aconsejando y aportando información a la familia sobre como corregir tales fallos.

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción de los padres respecto al estado nutricional de sus hijos durante las edades comprendidas entre los 4 y 14 años, estudiando su relación con factores que inciden en un mayor riesgo de obesidad en los niños, tales como hábitos alimentarios, actividad física y sedentarismo para poder llevar a cabo una Educación para la Salud con una orientación motivacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. Rev Esp Cardiol. 2006;6(Supl G):3G-12G.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Reino de España. Informe anual SNS 2010. Resumen [citado 24 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2010/InformeAnualSNS2010Resumen.pdf>.
3. Sociedad Española de Cardiología. Informe 2009 España [citado 23 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/libros-multimedia/biblioteca-virtual/informe-de-la-enfermedades-cardiovascular-en-espana-2009/188-informe-sobre-la-tasa-de-mortalidad-por-enfermedad-cardiovascular-en-espana>.

4. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*. 2006;295:1549-55.
5. Hu FB. Obesity and cardiovascular disease. 174.
6. Escribano García S, Vega Alonso AT, Lozano Alonso J, Álamo Sanz R, Lleras Muñoz S, Castrodeza Sans J, et al. Patrón epidemiológico de la obesidad en Castilla y León y su relación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:63-6.
7. American Academy of Pediatrics. Policy statement: prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003;112:424-30.
8. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents. The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 2002;103:1175-82.
9. Weiss R, Dufour S, Taksali SE, Tamborlane WV, Petersen KF, Bonadonna RC, et al. Prediabetes in obese youth: a syndrome of impaired glucose tolerance, severe insulin resistance, and altered myocellular and abdominal fat partitioning. *Lancet*. 2003;362:951-7.
10. Chen JL, Wu Y. Cardiovascular risk factors in Chinese American children: associations between overweight, acculturation, and physical activity. *J Pediatr Health Care*. 2008;22:103-10.
11. Park MH, Falconer C, Viner RM, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obes Rev*. 2012;13:985-1000.
12. Franco M, Sanz B, Otero L, Domínguez-Vila A, Caballero B. Prevention of childhood obesity in Spain: a focus on policies outside the health sector. *SESPAS report 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl 1):49-55
13. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev*. 2003;4:195-200.
14. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev*. 2007;29:1-5.
15. Papandreou C, Mourab TA, Jildeh C, Abdeen Z, Philalithis A, Tzanakis T. Obesity in Mediterranean region (1997-2007): a systematic review. *Obes Rev*. 2008; 9: 389-99.
16. Moreno LA, Rodríguez G, Fleta J, Bueno-Lozano M, Lazaro A, Bueno G. Trends of dietary habits in adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2010; 50 (2):106-12

17. Martha Leticia Cabello Garza y David De Jesús Reyes. Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de sus hijos.

HIPÓTESIS

Hipótesis operativa

El 70% de los padres de niños con obesidad infantil de edad comprendida entre 4 y 14 años de la ZBS de Coín tienen una percepción adecuada del problema de salud de sus hijos medido a través de un cuestionario ad hoc.

Hipótesis estadísticas

H0: El 70% de los padres de niños con obesidad infantil no tienen una percepción adecuada del problema de salud de sus hijos, medido a través de un cuestionario ad hoc.

H1: El 70% de los padres de niños con obesidad infantil tienen una percepción adecuada del problema de salud de sus hijos, medido a través de un cuestionario ad hoc.

OBJETIVOS

General

Medir la percepción de los padres acerca de la obesidad de sus hijos en niños de ambos sexos de edad comprendida entre 4 y 14 años pertenecientes al Centro de Salud de Coín, a través de un cuestionario ad hoc.

Específicos

- Conocer las características demográficas de la población de estudio.
- Calcular el IMC de los niños incluidos en el estudio.
- Determinar el nivel sociocultural que poseen los padres y su relación con conceptos como una buena alimentación y la importancia del ejercicio físico.
- Conocer el nº de horas de actividad física a la semana de los niños en estudio.
- Conocer la alimentación de los niños en estudio.

METODOLOGÍA

Sujetos de Estudio

El estudio se llevará a cabo en padres de niños/as de edades comprendidas entre 4 y 14 años de la ZBS ya que esta etapa es la que más se asocia, según los estudios, a un mayor índice de Obesidad en la edad adulta.

En nuestro protocolo teniendo en cuenta que el 70% de los padres tienen una percepción inadecuada sobre la obesidad de sus hijos y considerando las pérdidas esperadas (10%), el tamaño muestral sería 322 sujetos de estudio, según la siguiente fórmula:

$$n = \frac{3.84 * 0.30 * 0.70}{0.0025} = 322,56$$

Criterios de Inclusión:

- Padres de niños de entre 4 y 14 años
- Pertenecientes a la ZBS de Coín.
- Padres de niños incluidos en el programa de obesidad infantil.

Criterios de Exclusión

- Padres analfabetos.
- Barrera idiomática.
- Padres con enfermedad psiquiátrica.

Selección de la Técnica de Muestreo en nuestro protocolo

En este estudio vamos a utilizar un muestreo aleatorio simple ya que para seleccionar la muestra vamos a usar un listado de los niños incluidos en el Programa de Obesidad Infantil.

Diseño

Se trata de un estudio Observacional Descriptivo Transversal de la percepción que tienen los padres acerca de la Obesidad de sus hijos medido a través de un cuestionario ad hoc.

Variables

Variable dependiente

Percepción de los padres. Variable cualitativa dicotómica (adecuada/inadecuada). Esto se medirá a través de un cuestionario ad hoc, siendo la percepción adecuada cuando exista una coherencia entre el IMC y la percepción del peso por parte de los padres.

Variable independiente

-Sexo de los padres: Variable cualitativa dicotómica (hombre/mujer). En el estudio participarán padres y madres de niños de ambos sexos.

-Edad de los padres: Variable cuantitativa continua. Los padres/madres pondrán su edad en el cuestionario ad hoc.

-Estado civil de los padres: Variable cualitativa policotómica. Los padres marcarán su estado civil en el cuestionario ad hoc.

-Peso de los padres: Variable cuantitativa continua. Se medirá en kilogramos con dos decimales. Se realizará en una báscula correctamente calibrada y se pesará sin zapatos.

-Trabajo de los padres: Variable cualitativa. Los padres especificarán en el cuestionario ad hoc cuál es su profesión.

-Edad de los niños: Variable cuantitativa continua. Se medirá en intervalos según su año de nacimiento.

-Peso de los niños: Variable cuantitativa continua. Se medirá en kilogramos con dos decimales. Se realizará en una báscula correctamente calibrada y se pesará al niño/a sólo con ropa interior y sin zapatos.

-Talla: Variable cuantitativa continua. Se medirá en metros con dos decimales. Se realizará en un tallímetro correctamente calibrado y se medirla niño/a sin zapatos.

-IMC: Se determinará mediante la siguiente fórmula: $\text{peso (Kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$.

Es una variable cuantitativa, pues emplearemos el IMC para clasificar a los niños en los siguientes grupos: bajo peso (<20), peso normal (20-24,9), sobrepeso (25-29,9), obesidad grado I (30-34,9), obesidad grado II (35-39,9) y obesidad grado III o mórbida

(≥ 40).

-Horas actividad física: Variable cuantitativa continua. Los padres especificarán con número las horas de actividad física al día que realiza su hijo excluyendo las horas de actividad en el colegio.

-Alimentación. Variable cualitativa. Los padres especificarán qué tipo de alimentos toman sus hijos al día, indicando cantidad verdura, fruta, féculas, bollería en intervalos especificados en el cuestionario ad hoc.

Recogida y Análisis de los datos

La selección de sujetos se llevará a cabo mediante unos listados proporcionados por los pediatras de los niños incluidos en el programa de Obesidad Infantil en Diraya con previa autorización de la Dirección del Centro y el Comité de Ética, ya que vamos a tener contacto con los pacientes.

Se realizará una reunión con todos los miembros del centro de salud, para informar del estudio y que tengan constancia de la existencia de estas citas.

Se contactará con los padres mediante llamada telefónica realizando como máximo tres llamadas en horas y días diferentes para reducir pérdidas (al número de teléfono que aparece en la base de datos de Diraya) repartidas entre los cuatro residentes participantes en el estudio. Utilizaremos un plazo de tiempo de 3 meses para la captación de padres. Si en este plazo no podemos contactar con alguno de ellos, tendremos un mes más para la recaptación.

Se concertará una cita, con los padres y con los niños y con una duración estimada de 20 minutos en una de las consultas de enfermería, en la cual se explicará y entregará el consentimiento informado; se entregará un cuestionario autoadministrado a los padres, mientras que se talla y mide al niño en una báscula y tallímetro previamente calibrados y certificados.

Al no estar validado el cuestionario, haremos un pilotaje previo administrándolo a los profesionales sanitarios del Centro de Salud de Coín que serán los tres pediatras y ocho de los diez enfermeros que forman parte de esta unidad. Por otra parte también se les realizará a diez padres que posteriormente no participarán en el estudio.

La finalidad de este pilotaje será valorar la comprensión de las preguntas que hemos realizado para que el sujeto que lo responda en el estudio no tenga problemas al realizarlo.

Análisis Estadístico

Se realizará un análisis descriptivo, para variables cualitativas se calculará frecuencias absolutas y porcentajes; y para variables cuantitativas, media o mediana, desviación estándar, mínimo y máximo e intervalos de confianza del 95%. El análisis bivariante de las variables cuantitativas se realizará mediante la t de Student, y Chi-cuadrado para variables cualitativas, con un nivel de confianza del 95%.

Para medir la percepción se les pasará un cuestionario ad hoc con múltiples opciones, donde habrá que elegir una única respuesta (adjunto en el anexo I), en el que se reflejará

la percepción de los padres sobre el peso de sus hijos, así como la importancia que le otorgan a la actividad física y la valoración de la alimentación de los niños/as.

Dificultades y limitaciones del estudio

En este estudio tendremos una muestra representativa de los sujetos que acuden al Centro de Salud y que están incluidos en el Programa de Obesidad Infantil, pero no tenemos acceso a los padres de los niños que no acuden al centro; en el diseño del tamaño muestral hemos asumido un 10% de posibles pérdidas.

Para evitar el sesgo por diseño inapropiado de las preguntas hemos tomado como referencia el Cuestionario del Programa Perseo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad modificando las preguntas ambiguas, evitando realizar dos preguntas en una, evitando uso de términos incomprensibles, evitando preguntas difíciles de responder, etc. Intentaremos controlar el sesgo de la respuesta invariable evitando los cuestionarios con preguntas dicotómicas y evitar opciones de respuesta “no sé”.

En nuestro estudio es probable el error de medición, para controlarlo, se pesarán a todos los niños en la misma báscula correctamente calibrada, sin zapatos y solo con la ropa interior.

Para controlar el sesgo de falseamiento la entrevista será mediante un cuestionario anónimo. Suponemos que la aleatorización de la muestra nivelará las características culturales, edad y sexo.

En nuestro estudio, para evitar el sesgo de confusión tendremos que excluir a aquellos participantes que podrían figurar como factor de confusión por padecer alguna enfermedad psiquiátrica, ser analfabetos o tener alguna barrera idiomática por parte de los padres. Para evitar el sesgo del entrevistador, se realizará un cuestionario autoadministrado para así no condicionar la respuesta de los participantes en el estudio.

Por último, para evitar el sesgo de obsequiosidad, ya que el cuestionario no está validado y está realizado, en gran parte por nosotros, intentaremos no orientar las respuestas del cuestionario hacia las que esperamos encontrar, siendo un cuestionario autoadministrado y con respuesta objetivas.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Este protocolo de investigación se está realizando por la actualidad y relevancia del tema. Son escasos los estudios de investigación sobre percepción de padres y su influencia en la obesidad infantil. Con este estudio pretendemos, en un futuro, llevar a cabo un programa de educación sobre alimentación para padres; disminuyendo así la prevalencia de obesidad infantil, ya que esta etapa de la vida está relacionada con altas tasas de obesidad en la edad adulta; lo que conlleva a la aparición de enfermedades crónicas y el consiguiente gasto sanitario que ello supone.

Encuesta aplicada para padres/madres**1. Género**

- a) Hombre
- b) Mujer

2. Edad del padre/madre

----- años

3. Estado civil:

- a) soltero
- b) casado
- c) divorciado
- d) pareja de hecho.

4. ¿Qué nivel de estudios tiene usted?

- a) Ninguno
- b) Primarios/EGB
- c) Bachiller/COU/FP
- d) Estudios Universitarios

5. ¿Cuánto pesa y cuánto mide usted?

Kg -----
cm-----

6. ¿Cuál es su profesión actual? (maestra, enfermera, ama de casa, limpiadora, camarera...)**7. Sexo de su hijo/hija que participa en el estudio:**

- a) Niño
- b) Niña

8. ¿Cuántos años de edad tiene su hijo que participa en el estudio?

9. ¿Cuánto pesa y mide su hijo que participa en el estudio?

Kg-----
Cm-----

10. ¿Dónde come su hijo que participa en el estudio habitualmente?**11. ¿Cómo encuentra el peso de su hijo que participa en el estudio?**

- a) Normal

- b) Elevado
- c) Muy elevado

12. ¿Qué niño cree usted que es más sano?

- a) El de bajo peso
- b) El de peso adecuado
- c) El obeso

13. ¿Cuántas horas de actividad física hace su hijo/a que participa en el estudio a la semana (sin contar las horas del colegio)?

----- horas

14. ¿Cree usted que es suficiente el tiempo que dedica su hijo/a que participa en el estudio a la actividad física?

- a) Poco tiempo
- b) Suficiente tiempo
- c) Demasiado tiempo

15. ¿Cuántas comidas de estas (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda, cena) realiza su hijo/a que participa en el estudio al día? Especifique cuáles.

16. Cuántas piezas de fruta come su hijo/a que participa en el estudio al día?

- a) Ninguna
- b) 1-3 piezas
- c) Más de 3 piezas

15. ¿Cuántas piezas de bollería (dulces, galletas, pasteles caseros, etc) toma su hijo/a que participa en el estudio al día?

- a) Ninguna
- b) 1-2 piezas
- c) Más de 2 piezas

16. ¿Qué cantidad de verduras toma su hijo/a que participa en el estudio a lo largo del día?

- a) Una pequeña ensalada
- b) Dos platos de verdura.
- c) Apenas prueba la verdura, solo lo que añade al guiso

17. ¿Cuántas veces al día toma su hijo/a que participa en el estudio alimentos ricos en féculos (pan, patatas, pasta, arroz, cereales ...)?

- a) Menos de 3 veces
- b) De 4-6 veces
- c) No lo toma todos los días.

18. ¿Cómo cree usted que es la alimentación de su hijo/a que participa en el estudio?

- a) Tiene una mala alimentación.
- b) La alimentación está bien para un niño aunque no para un adulto.
- c) Tiene una buena alimentación.

ANEXO II

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

¿Por qué hacemos este estudio?

El objetivo de este estudio es conseguir información para ver si existe relación entre la percepción de los padres respecto a la obesidad en sus hijos. Con este estudio, pretendemos llevar a cabo, en un futuro, un programa de educación de medidas saludables para disminuir el número de casos de obesidad infantil en nuestro medio.

¿Qué le pedimos que haga?

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él sin que esto afecte a su relación enfermera-paciente. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su enfermera. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos y todos los datos recogidos hasta el momento se eliminarán de sujeto y no se podrán usar.

Su enfermera se pondrá en contacto con usted telefónicamente para concertar una cita e informarle de la cumplimentación de un cuestionario.

¿Cómo se protegerá su intimidad?

Tanto si finaliza el estudio como si no, sus datos serán confidenciales, y se le garantiza que su nombre no saldrá en ninguna publicación o informe relativo al estudio, el cuestionario será totalmente anónimo. Solo los investigadores conocerán sus datos para poder establecer un contacto con usted.

ANEXO III

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____

_____ en calidad de _____ (madre, padre...), deseo manifestar que no tengo objeciones en contra de incluir a mi hijo/a

_____ en el proyecto de la ZBS de Coínque está realizando en este Centro para determinar la percepción de los padres sobre la obesidad infantil

Autorizo a que mi hijo/a se le recojan datos de tipo antropométricos y no traumáticos. Aceptaré la realización de un cuestionario anónimo y autoadministrado, en el que se respetará la normativa vigente en relación a la ley orgánica de protección de datos

He entendido todas las explicaciones que se me han dado y comprendo que la participación de mi hijo/a es totalmente voluntaria. Por tanto en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones puedo retirar el consentimiento que ahora presto.

Se me ha asegurado la reserva de los datos personales que serán estrictamente respetados, así como los registros médicos anteriores que fuera necesario consultar. También se me ha asegurado que el nombre de mi hijo no será divulgado a nadie excepto al personal sanitario implicado en el estudio.

En tales condiciones, CONSIENTO Y FIRMO el presente original después de leído.

En _____ a _____ de _____ de 2014.