

Asociación entre la obesidad infantil y los hábitos alimenticios del medio familiar en la comunidad urbano marginal de Villa David, municipio Baní, provincia Peravia, durante el período mayo – julio 2025

Childhood Obesity Associated with Family Eating Habits in the Urban-Marginal Community of Villa David, Baní Municipality, Peravia Province, During the Period May–July 2025

Carlos Rodríguez¹ • Eliana Ramírez² • Irwin Viloria³ • Nicole Cueli⁴
Nadja García Joa⁵ • Elbi Morla⁶

Cómo citar: Rodríguez C, Ramírez E, Viloria I, Cueli N, García Joa N, Morla E. Asociación entre la obesidad infantil y los hábitos alimenticios del medio familiar en la comunidad urbano marginal de Villa David, municipio Baní, provincia Peravia, mayo–julio 2025. ADOPA. 2025;3(3):87-104. Disponible en: <https://adopa.pediatriadominicana.org/index.php/adopa/article/view/81>

Resumen

Introducción: el entorno es un factor clave en el desarrollo de conductas alimentarias saludables y es un hecho que, para los niños, los padres juegan un papel fundamental dentro del mismo; por tanto, la adquisición de conductas alimentarias saludables a temprana edad depende de la interacción de varios factores inculcados por los tutores. Determinamos la asociación entre la obesidad infantil y los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios en el sector Villa David, municipio Baní, provincia Peravia, durante el período mayo – julio de 2025; el patrón nutricional familiar; la distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) del

¹ Estudiantes de Medicina. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: 0009-0000-9537-8636 • E-mail: pujolscarlos733@gmail.com

² ORCID: 0000-0001-7365-2454 • E-mail: elianaramirezdelgado25@gmail.com

³ Estudiantes de Medicina. INTEC. ORCID: 0009-0000-8055-1942 • E-mail: irwinvq@gmail.com

⁴ Estudiantes de Medicina. INTEC. ORCID: 0009-0001-3915-3704 • E-mail: nicolecuelicid@hotmail.com

⁵ Docente. INTEC. ORCID: 0000-0003-1806-8989 • E-mail: nadja.garcia@intec.edu.do

⁶ Docente. INTEC. ORCID: 0000-0001-6406-5709 • E-mail: elbi.morla@intec.edu.do

niño y su cuidador primario y analizamos si existe un mayor riesgo de obesidad infantil en relación con patrones dietéticos no saludables en los cuidadores primarios.

Metodología: se realizó un estudio tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. La herramienta de recolección de datos incluyó un formulario elaborado por los asesores y autores.

Resultados: dentro de los 103 niños estudiados, un 57.30 % presentaron normopeso, mientras un 42.7 % resultaron ser obesos. Por otro lado, un 40 % de los cuidadores primarios resultaron ser obesos.

Conclusión: en la comunidad de Villa David, el normopeso figuró como la tendencia del estado nutricional de la población pediátrica, seguida por la obesidad. No se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios y el IMC de los menores de edad.

Palabras clave: obesidad; niños; cuidador; hábito alimentario; zona rural.

Abstract

Introduction: The environment is a key factor in the development of healthy eating behaviors, and it is a fact that, for children, parents play a fundamental role within it; therefore, the acquisition of healthy eating behaviors at an early age depends on the interaction of several factors instilled by caregivers. We determined the association between childhood obesity and the eating habits of primary caregivers in the Villa David sector, Baní municipality, Peravia province, during the period May – July 2025; the family nutritional pattern; the distribution of Body Mass Index (BMI) of the child and their primary caregiver; and analyzed whether there is a higher risk of childhood obesity in relation to unhealthy dietary patterns in primary caregivers.

Methodology: An observational, retrospective, cross-sectional, and analytical study was conducted. The data collection tool included a form prepared by the advisors and authors.

Results: among the 103 children studied, 57.30% had normal weight, while 42.7% were obese. On the other hand, 40% of primary caregivers were obese.

Conclusion: In the Villa David community, normal weight appeared as the predominant trend in the nutritional status of the pediatric population, followed by obesity. A statistically significant relationship could not be established between the eating habits of primary caregivers and the BMI of minors.

Keywords: obesity; children; caregiver; eating habit; rural area.

Introducción

La obesidad es una condición caracterizada por un exceso de grasa corporal que puede comprometer la salud. Para su clasificación, se utiliza el índice de masa corporal (IMC), una medida que relaciona el peso y la talla. En población pediátrica, se considera sobrepeso cuando el IMC está por encima del percentil 85 y obesidad cuando supera el percentil 95, mientras que en adultos el sobrepeso se define con un IMC entre 25 y 29.9 kg/m², y obesidad cuando este es igual o superior a 30 kg/m² ¹⁻³.

Desde una perspectiva epidemiológica, la obesidad ha adquirido dimensiones alarmantes tanto a nivel mundial como local. En la República Dominicana, el 38.1 % de las mujeres y el 25 % de los hombres padecen obesidad, cifras que superan el promedio regional de América Latina y el Caribe (30.7 % y 22.8 %, respectivamente)⁴. De manera preocupante, se estima que al menos tres de cada 10 niños y adolescentes entre 5 y 19 años presentan sobrepeso u obesidad en la región. Este fenómeno se atribuye principalmente al consumo excesivo de productos ultra procesados y bebidas azucaradas, sumado a una disminución de la actividad física⁵. En la población dominicana, el consumo de alimentos saludables como frutas, vegetales, legumbres y granos enteros sigue siendo inferior a las recomendaciones, lo que influye negativamente en la salud nutricional de niños y adultos.

El planteamiento del problema se basa en que los hábitos alimenticios se forjan desde la infancia, siendo los cuidadores primarios los principales modelos conductuales en el hogar. Según el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, en su *Boletín de Nutrición* del 2021, se reportó que 38.1 % de las mujeres y el 25 % de los hombres padecen de obesidad. Diversos estudios han demostrado que los niños tienen una mayor probabilidad de desarrollar obesidad si al menos uno de sus padres también la padece⁶. En este sentido, el entorno familiar y los patrones dietéticos establecidos en el núcleo doméstico se constituyen en factores determinantes para la salud futura del niño⁷⁻⁹. Esta situación no solo representa un problema nutricional, sino también una realidad social, educativa y cultural que puede comprometer la calidad de vida a largo plazo.

Este trabajo surge de la necesidad de intervenir desde la infancia para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al sobrepeso y la obesidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe titulado

“Panorama de seguridad alimentaria” (2023), tres de cada 10 niños en la región de América Latina y el Caribe presentan sobrepeso u obesidad¹⁰. En este contexto, se plantea la siguiente pregunta clínica: ¿Cuál es la prevalencia de obesidad infantil y los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios en el sector Villa David, municipio Baní, provincia Peravia, durante el período mayo - julio de 2025?

A partir de esta interrogante, el estudio se propuso como objetivo general: determinar la asociación entre la obesidad y los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios en el sector Villa David, municipio Baní, provincia Peravia, durante el período mayo - julio de 2025. Para ello, se definieron los siguientes objetivos específicos: analizar el patrón nutricional familiar; evaluar la distribución del IMC del menor edad y su cuidador primario; establecer si existe un mayor riesgo de obesidad infantil en relación con patrones dietéticos no saludables en los cuidadores primarios. Identificar la relación entre los hábitos alimentarios de los cuidadores y el estado nutricional de los niños permitirá diseñar estrategias educativas y comunitarias más eficaces, además de proporcionar una base científica y contextualizada que contribuya al diseño de intervenciones orientadas a la prevención de la obesidad infantil. De este modo, el presente estudio no solo aporta datos epidemiológicos sobre la población analizada, sino que también busca fomentar un cambio de comportamiento sostenible a lo largo del tiempo.

Material y métodos

Diseño de estudio

El estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico. La redacción del se realizó bajo el modelo de la guía STROBE 2020 (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), recomendada para estudios observacionales.

El presente estudio se realizó en la comunidad de Villa David, municipio Baní, provincia de Peravia, República Dominicana, con la participación de niños y adultos de la comunidad. El tiempo de recolección de datos tuvo lugar durante el período mayo - julio 2025.

Para realizar la recolección de datos, se eligieron a los participantes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: 1) ser residente de la comunidad de

Villa David, municipio Baní, provincia Peravia; 2) contar con el consentimiento informado firmado del sujeto de estudio; 3) familias que dentro de su composición posean un menor de edad entre 6-17 años. Fueron excluidos: 1) personas que presenten alguna limitación cognitiva, sensorial o de comunicación que interfieran con la asimilación y participación en el estudio; 2) personas que no comprendan el español; 3) niños que requieran de una alimentación enteral o parenteral; 4) niños con trastornos metabólicos primarios.

Tamaño muestral y tipo de muestreo

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia de obesidad infantil en la región de las Américas es de aproximadamente un 6 %. Basado en este dato, se utilizó la calculadora epidemiológica EpiInfo para estimar el tamaño muestral, asumiendo una población desconocida. El cálculo arrojó como resultado una muestra mínima de 87 sujetos pediátricos niños. No obstante, se incluyeron un total de 103 pacientes pediátricos, todos residentes del sector Villa David, municipio Baní, provincia Peravia, quienes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Las variables evaluadas en la investigación incluyeron la edad, el sexo, el peso, la talla y el IMC. Se consideró el nivel educativo de los cuidadores primarios, al igual que su trabajo, el tipo de familia que tiene y sus hábitos alimenticios. La variable del IMC fue utilizada como variable dependiente, mientras que los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios se usaron como variable independiente.

La herramienta de recolección de datos fue una encuesta realizada e impartida por el equipo de investigadores, la cual fue estandarizada y sometida a una prueba piloto previa. Esta estuvo compuesta por diversos acápites, los cuales consisten en datos generales y dieta.

Primera sección: aquí se contemplaron los datos generales del participante, tanto de los tutores como de los niños, al igual que evalúa la composición familiar, seguido de datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad y quehacer, acompañado de peso, talla, IMC, circunferencia abdominal y circunferencia de cadera, los cuales solo fueron evaluados en adultos. También se hicieron preguntas relacionadas a los antecedentes patológicos de los tutores primarios tales como diabetes, diabetes gestacional, HTA, colesterol/lípidos altos (LDL) y enfermedad cardíaca.

Segunda sección: dieta. Tanto en los niños como en los adultos, se analizaron los patrones alimenticios, según el tipo de alimentos que ingieren y sus respectivos horarios. Este consiste en seis preguntas abiertas, las cuales le piden al sujeto describir qué suelen consumir tanto él como el niño al momento del desayuno, meriendas, almuerzo y cena.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo durante un período de 14 días, realizando visitas domiciliarias dentro de la comunidad de Villa David, municipio Baní, provincia Peravia. Este proceso fue realizado por los investigadores con el apoyo del personal de salud del centro. Los datos fueron recolectados a través de un formulario web en “Microsoft Forms”. Antes de iniciar la recolección de datos, se realizó la lectura del consentimiento informado a cada participante. Este documento explicaba el propósito del estudio, la naturaleza voluntaria de su participación en el mismo, la confidencialidad de la información proporcionada y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.

En los casos donde el participante era un menor de edad, se utilizó el mismo consentimiento informado leído al adulto responsable, quien asumía la representación y aceptación del menor a su cargo. Es decir que, al aceptar el consentimiento, el adulto corroboraba tanto su participación como la del menor bajo su tutela. Responsabilidad que los investigadores reconocían y aceptaban como válida para ambos.

En la investigación se previó la aparición de sesgos tales como los de selección, información, temporal y el del investigador. El sesgo de selección pudo surgir debido al uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual podría resultar en una muestra no representativa de la población, para mitigarlo, se procedió a ampliar el tamaño de la muestra.

Los datos fueron recopilados a través de la encuesta “Obesidad infantil asociado a los hábitos alimenticios y estilo de vida del medio familiar en la comunidad urbano marginal de Villa David”. Esta encuesta fue creada a través del programa “Microsoft Forms” con el objetivo de recopilar la información necesaria para su posterior análisis y representación gráfica. En este formulario se incluyeron las variables de estudio, así como las variables sociodemográficas como son la edad y el sexo.

Las características sociodemográficas de la población encuestada, tanto de los niños como de los cuidadores primarios, se presentaron utilizando medidas de

frecuencia absoluta y relativa (porcentajes), distribuidas según variables como sexo, nivel académico, estado civil y situación laboral. En cuanto a la variable edad, se describió mediante la media, mientras que las variables talla, peso e IMC se describieron mediante la media y desviación estándar.

Los factores relacionados con la alimentación, tanto de los cuidadores primarios como de los niños, se analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, considerando el número de alimentos consumidos por cada grupo en los diferentes tiempos de comida (desayuno, merienda matutina, almuerzo, merienda vespertina y cena).

El índice de masa corporal (IMC) se evaluó tanto de forma individual como comparativa entre niños y adultos, mediante análisis de distribución y representación gráfica. Para ello, se construyeron diagramas de barras que facilitaron la visualización de los porcentajes correspondientes a las diferentes categorías de IMC (bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad severa) en cada población. Al igual que se le aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado (X^2) y Fisher para ver la relación entre ambas variables.

Se asumió la validez del Teorema del Límite Central (TLC) para el tratamiento de variables cuantitativas como el IMC, lo que permitió el uso de pruebas paramétricas en los casos aplicables. Con el propósito de evaluar la relación entre los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios y el IMC de los niños, se plantearon dos hipótesis principales. La hipótesis nula (H_0) sostiene que no existe relación entre los hábitos alimenticios del cuidador primario (variable independiente) y el IMC del niño categorizado (variable dependiente). Por el contrario, la hipótesis alternativa (H_1) sostiene la existencia de una asociación significativa entre las dos variables. Para comprobar estas hipótesis, se llevó a cabo un análisis estadístico mediante la prueba de X^2 debido a que ambas variables son categóricas.

Previo al análisis, se realizó la codificación de los datos. Se clasificaron los alimentos consumidos por los tutores primarios en saludables y no saludables, siguiendo los criterios de “*Dietary Guidelines for Americans*” considerando a un tutor con hábitos saludables si al menos el 60 % de las comidas que ingiere (desayuno, almuerzo, cena y meriendas) incluye alimentos saludables. Si es menos, pues fue considerado no saludable. El IMC de los niños fue utilizado de manera categórica, es decir, con la clasificación de normopeso, sobrepeso, obesidad y bajo peso. Luego se aplicó la prueba de X^2 con el objetivo de evaluar la existencia

de una posible relación entre el IMC del niño y el tipo de dieta (saludable o no saludable) del cuidador primario. Utilizando la calculadora de VassarStats se arrojó un valor de p de 0.4407 ($p > .05$), con un intervalo de confianza de 95 %, lo cual no evidencia significancia estadística. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre el IMC y el tipo de dieta del cuidador en esta muestra.

Aspectos éticos y legales

La confidencialidad dentro del estudio se afianzó mediante un consentimiento informado, el cual fue proporcionado por los investigadores a todos los participantes calificados que aceptaron formar parte del proyecto. Durante la aplicación de la encuesta no se tomó ninguna información personal del adulto; los datos fueron almacenados en una base de datos en la nube con acceso restringido únicamente al equipo de investigación con riesgos nulos de divulgación de contenido que puedan revelar su identidad.

La presente investigación se llevó a cabo siguiendo los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, que protegen los derechos y el bienestar de las personas participando en estudios médicos. Se solicitó la aprobación formal del comité de ética de la institución, con la meta de asegurar que todas las etapas del estudio sean llevadas a cabo con todos los estándares éticos requeridos, garantizando la protección y el respeto hacia los participantes de manera constante.

El estudio realizado se desarrolló de manera totalmente independiente, sin financiamiento externo ni conflictos de interés personal, académico, financiero o profesional que interceda con la interpretación de los datos recopilados para esta investigación.

Resultados

Tabla 1. Factores sociodemográficos de cuidadores primarios y población pediátrica

Factores sociodemográficos (cuidadores primarios)	n (%)	Desviación estándar (s)	Factores sociodemográficos (población pediátrica)	(%)	s
Edad, media	43.9		Edad, media	10.1	
Sexo			Sexo		
Femenino	57 (87.7%)		Femenino	52 (50.5%)	
Masculino	8 (12.3%)		Masculino	51 (49.5%)	
Estado civil			IMC (kg/m²), media	18.6	3.59
Soltero	33 (50.8%)		Peso (kg), media	39	18.74
Casado	32 (49.2%)		Talla (cm), media	142.3	6.64
Nivel educativo					
Completo	17 (26.20%)				
Incompleto	48 (73.80%)				
Estado laboral					
Empleado	27 (41.50%)				
Desempleado	38 (58.50%)				
IMC (kg/m²), media	29.4	8.64			
Peso (kg), media	75.4	17.86			
Talla (cm), media	160.3	7.93			
Total	65 (100%)		Total	103 (100%)	

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Vilorio, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

La población estudiada estuvo conformada por 65 cuidadores primarios y 103 niños. La mediana de edad entre los cuidadores fue de 42 años, mientras que en la población infantil fue de 10 años. Referente al sexo, se captaron 57 individuos de sexo femenino, lo que representa el 87.7 % de la población adulta de la investigación, mientras que solo se registraron 8 individuos de sexo masculino, equivalente al 12.3 %. Dentro de la población pediátrica se evidenció una distribución equilibrada con relación al sexo, con 52 niñas lo que corresponde a un 50.5 % y 51 niños lo que constituye un 49.5 % de la muestra.

En relación con el estado civil de los cuidadores, 33 individuos se identificaron como solteros, lo que representa el 50.8 % de la muestra, mientras que 32 estaban casados, lo que corresponde al 49.2 %. En cuanto al nivel educativo, se demostró que el 73.8 % de los tutores no culminaron con sus estudios; Mientras que, el 26.2 % sí los completó. En torno al estado laboral, el 58.5 % de los cuidadores estaban desempleados, a diferencia del 41.5 %, que sí contaba con algún tipo de empleo.

En cuanto a las características antropométricas de los tutores, la media del IMC fue de 24.4 kg/m², con una desviación estándar (s) de 8.64. El peso promedio fue de 75.4 kg (s= 17.86), mientras que la talla media fue de 160.3 cm (s=7.93). Por otro lado, los niños participantes presentaron una media de IMC de 18.6 kg/m² (s=3.59). El peso promedio fue de 39.0 kg (s=18.74) y la talla media alcanzó los 142.3 cm (s=6.64).

Tabla 2. Relación entre el IMC del niño y el tipo de dieta del cuidador primario (n=103)

	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	Total
Cuidador con dieta saludable	5	28	7	7	47
Cuidador con dieta no saludable	8	31	4	13	56
Total	13	59	11	20	103

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Viloría, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

La tabla muestra la relación entre el IMC de los niños y el tipo de dieta de sus cuidadores primarios. Se evaluó si el cuidador tenía una dieta saludable o no saludable, y se distribuyeron los resultados de los niños según su clasificación de IMC. De los cuidadores que reportaron tener una dieta saludable, 28 niños demostraron tener un peso normal, 7 sobrepeso, 7 obesidad y 5 bajo peso, sumando un total de 47 casos. Por otro lado, en los casos donde el cuidador tenía una dieta no saludable, 31 niños presentaron un normopeso, 13 padecían de obesidad, 4 sobrepeso y 8 tenían un bajo peso, acumulando 56 casos.

En ambos grupos, la mayoría de los niños presentaban un peso dentro del rango normal. Si bien se observó un mayor número de casos de obesidad entre los

niños cuyos cuidadores tenían una dieta no saludable (13 casos frente a 7 en el grupo con dieta saludable), esta diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p= 0.4407$). En consecuencia, no se identificó una asociación significativa entre el tipo de dieta del cuidador primario y el estado nutricional de los niños en esta muestra.

Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado con el objetivo de evaluar la existencia de una posible relación entre el IMC del niño y el tipo de dieta (saludable o no saludable) del cuidador primario. El análisis arrojó un valor de p de 0.4407, con un intervalo de confianza de 95 %, lo cual no evidencia significancia estadística. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe relación entre el IMC y el tipo de dieta del cuidador en esta muestra.

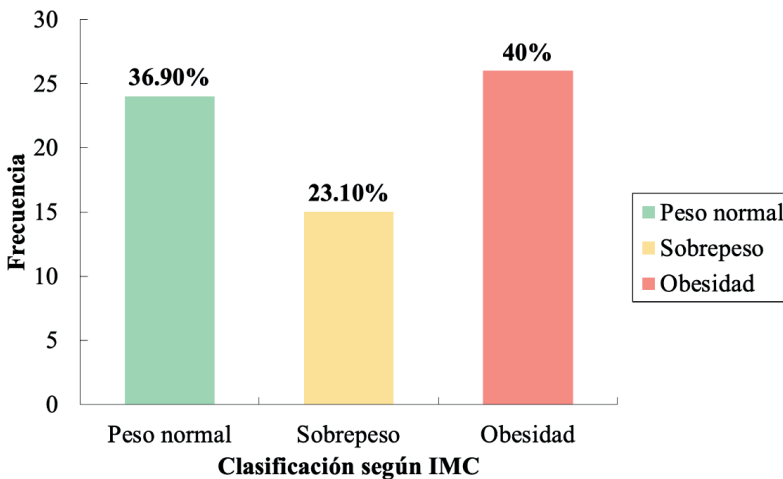


Figura 1. Distribución del IMC en cuidadores primarios (n=65)

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Vilorio, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

La presente gráfica representa la distribución del IMC en los cuidadores primarios de los pacientes involucrados en la investigación. Se puede observar que el 40 % de los cuidadores de los pacientes estudiados padecen de obesidad, correspondiendo a 26 casos. No obstante, el 36.9 % de los cuidadores de los pacientes evaluados poseen un peso normal, equivalente a 24 casos; mientras que el 23.1 % de los cuidadores de los pacientes estudiados mostraron sobrepeso, correspondiente a 15 casos.

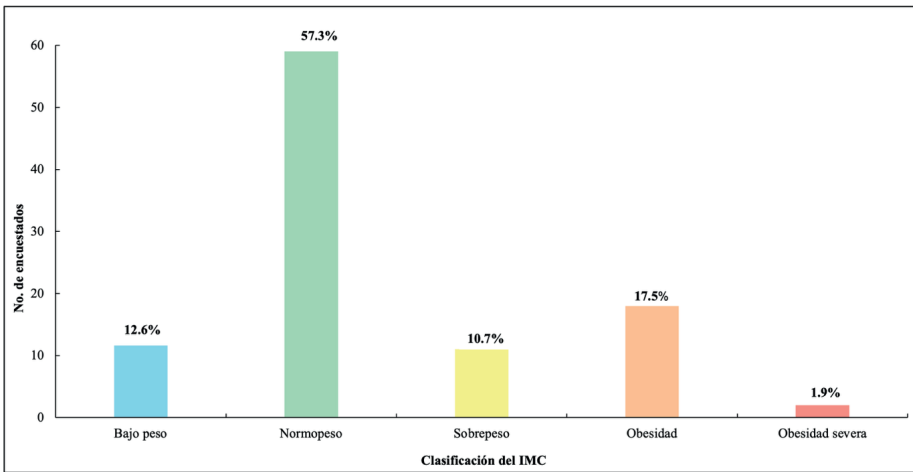


Figura 2. Distribución según IMC en niños (n=103)

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Viloría, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

La presente gráfica muestra la distribución del IMC de los niños involucrados en la investigación. Se puede observar que el 57.3 % de los niños estudiados poseen normo peso, correspondiendo a 59 casos, sin embargo, el 17.5 % padecen de obesidad, correspondiendo a 18 casos. El 12.6 % de los niños estudiados presentaban bajo peso, equivalente a 13 casos. El 10.7 % de los niños estudiados mostraban sobrepeso habiendo 11 pacientes con dicha condición. Por último, 1.9 % de los niños estudiados padecían de obesidad severa, lo cual representa 2 casos.

Tabla 3. Riesgo entre el tipo de dieta y la prevalencia de obesidad de niños de 6-17 años (n=103)

	Obeso	No obeso
Dieta no saludable	13	43
Dieta saludable	7	40
Total	20	83

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Viloría, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

La siguiente tabla presenta la relación entre el tipo de dieta y la obesidad en un estudio con 103 participantes. Entre las personas con dieta no saludable compuesto por 56 individuos, el 23.2 % (13/56) eran obesos y el 76.8 % eran normopeso (43/56). En contraste, entre los 47 participantes con una dieta clasificada saludable, el 14.9 % (7/47) presentaban obesidad y el 85.1 % (40/47) resultaron con peso normal.

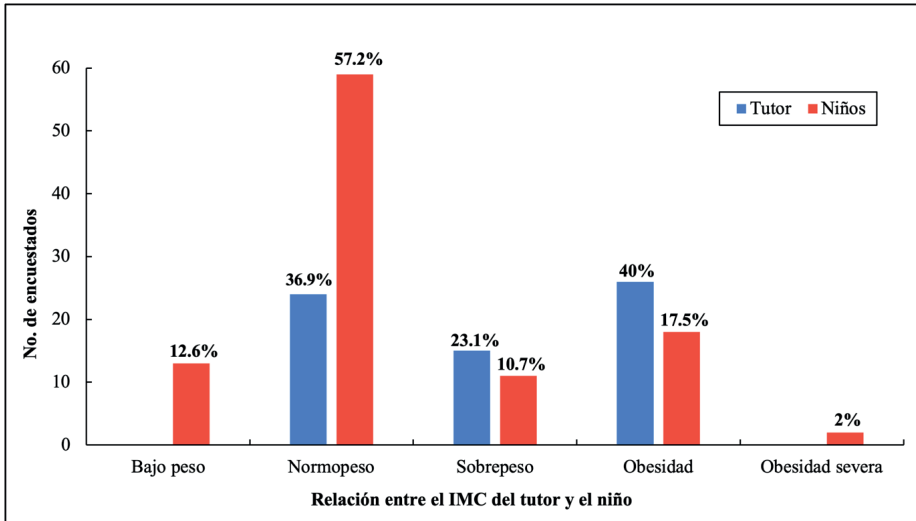


Figura 3. Relación entre el IMC del cuidador primario y el niño (n=65) (n=103)

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Vilorio, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

La siguiente gráfica señala la relación entre el IMC de los niños incluidos en la investigación y el de sus cuidadores primarios. Aunque el estudio contó con la participación de 103 niños, solo se registraron datos de 65 cuidadores, debido a que algunos adultos eran responsables de más de un niño, por lo que un mismo cuidador aportó información para múltiples participantes infantiles.

En cuanto al estado nutricional, el 12.6 % de los niños presentaban bajo peso, equivalente a 13 casos, mientras que ningún cuidador primario se encontraba en esta categoría. Un 57.2 % de los niños mostraba un peso normal, correspondiente a 59 casos, en contraste con el 36.9 % de los cuidadores que presentaron normopeso, lo que equivale a 24 casos. El sobrepeso se registró en el 10.7 % de los niños (11 casos) y en el 23.1 % de los adultos (15 casos).

La obesidad fue más frecuente entre los cuidadores, con un 40 % (20 casos), frente al 17.5 % de los niños (18 casos) que presentaban esta condición. Finalmente, la obesidad severa se identificó únicamente en dos pacientes pediátricos, lo que representa el 2 % de los casos infantiles, sin que se reportaran casos en los cuidadores. Se calculó el Chi-cuadrado y el valor de p usando la Prueba de Fisher exacta 2x4 donde arrojó un valor de p de 0.00007 y, en consecuencia, se negó la hipótesis nula y se concluye que sí existe relación entre el IMC del niño y su cuidador primario.

Tabla 4. Distribución de la variedad de alimentos registrados según su componente alimenticio prioritario en los cuidadores primarios y niños

Cuidadores primarios (n=65)					
Tipo de alimento	Desayuno	Merienda matutina	Almuerzo	Merienda vespertina	Cena
Carbohidratos	193 (72.8%)	22 (91.7%)	106 (25.8%)	77 (90.6%)	151 (56.2%)
Proteínas	65 (24.6%)	2 (8.3%)	196 (47.7%)	5 (5.8%)	104 (38.7%)
Verduras	0 (0.0%)	0 (0.0%)	81 (19.7%)	1 (1.2%)	3 (1.1%)
Grasas	4 (1.5%)	0 (0.0%)	3 (0.7%)	1 (1.2%)	2 (0.7%)
Alimentos compuestos	3 (1.1%)	0 (0.0%)	25 (6.1%)	1 (1.2%)	9 (3.3%)
Niños (n=103)					
Tipo de alimento	Desayuno	Merienda matutina	Almuerzo	Merienda vespertina	Cena
Carbohidratos	221 (65.0%)	93 (93.9%)	101 (25.3%)	188 (94.0%)	187 (48.2%)
Proteínas	107 (31.5%)	6 (6.0%)	199 (49.8%)	9 (4.5%)	132 (34.0%)
Verduras	1 (0.3%)	0 (0.0%)	67 (16.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Grasas	4 (1.2%)	0 (0.0%)	4 (1.0%)	3 (1.5%)	7 (1.8%)
Alimentos compuestos	7 (2.0%)	0 (0.0%)	23 (5.8%)	0 (0.0%)	12 (3.1%)

Fuente: Rodríguez, Ramírez, Viloria, Cueli, García, Morla. Internado de Medicina Rural INTEC, 2025.

Las tablas presentadas permiten analizar la frecuencia de consumo de alimentos tanto en los cuidadores primarios como en los niños, clasificando

los alimentos según su componente alimenticio prioritario: macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas), verduras y alimentos compuestos. En ambas poblaciones se evidenció una marcada predominancia en el consumo de carbohidratos, con una proporción promedio del 64.7 % en los distintos tiempos de comida.

Una excepción relevante se observa durante el almuerzo, donde se registró un consumo superior de proteínas tanto en adultos como en niños, con un promedio conjunto del 48.75 %. Por otro lado, el consumo verduras, grasas y alimentos compuestos resultó escaso, sin superar el 6.1 % en ningún caso, salvo por el consumo de verduras durante el almuerzo que alcanzó un 19.7 %.

Discusión y conclusiones

Al observar los datos recolectados se puede afirmar que, dentro de los 65 cuidadores primarios de los niños admitidos en la investigación, 26 padecían de obesidad, lo que equivale a un 40 % de la muestra. Dentro de los 103 niños estudiados 59 de ellos tenían un peso normal lo que se traduce a un 57.30 % de la muestra. Sin embargo, la segunda tendencia fue hacia la obesidad y sobrepeso, lo que corresponde a un 42.7 % de la muestra, lo que puede sugerir que en un futuro la balanza se incline hacia una malnutrición por exceso. Comparando con el informe titulado “Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe”, las comunidades urbano-marginales presentan patrones alimenticios ricos en azúcares y deficientes en nutrientes, especialmente en los niños y adolescentes¹¹⁻¹⁴. Por lo que es necesario pensar en realizar intervenciones tempranas para evitar que esta tendencia se consolide y derive en una crisis de salud pública.

Al relacionar el tipo de dieta y la obesidad dentro de la población pediátrica, a pesar de que los pacientes obesos con dieta saludable constituyeron el 23.2 % y los individuos obesos que mantenían una dieta saludable representaron el 14.9 % de la muestra, mediante la RP: 1.55, se determinó que quienes llevan una dieta no saludable tienen un 55 % de probabilidad de padecer de obesidad. La razón de prevalencias (RP) de 1.55 indica que quienes llevan una dieta no saludable tienen un 55 % más de probabilidad de ser obesos en comparación con aquellos con dieta saludable, lo que sugiere una asociación positiva moderada entre ambos factores.

Finalmente, al evaluar la relación entre los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios y el índice de masa corporal (IMC) de los niños, se encontró un valor de ($p = 0.4407$, $p > .05$), lo que demuestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto sugiere que, en esta población, la obesidad infantil no está directamente relacionada con los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios, lo que puede indicar la presencia de factores individuales, sociales o ambientales, que puedan jugar un papel más significativo en el estado nutricional del niño. Concluimos que en la comunidad de Villa David, el normopeso figuró como la tendencia del estado nutricional de la población pediátrica, seguida por la obesidad. No se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimenticios de los cuidadores primarios y el IMC de los menores de edad.

Dentro de las limitaciones de la investigación se identificaron varios aspectos. En primer lugar, ponderar una *variable multicategorica* como estilo vida, hubiese podido indagar más en la naturaleza de una enfermedad multifactorial como la obesidad. Se detectó un posible sesgo a la hora de clasificación de los alimentos, por la aparición de alimentos compuestos, que impedían clasificarlos según la macromolécula predominante, por lo que se le creó un apartado. También hubo un sesgo de respuesta, debido a que muchas veces a las personas se les dificultaba retratar cómo se veía una semana de alimentos para ellos. Otra limitante fueron las personas que suelen variar su patrón alimenticio, es decir, que no come con exactitud una x cantidad de veces al día, debido a que el formulario tenía entradas de selección múltiple que solo permitía seleccionar cantidad de veces puntuales, pudo haber afectado la exactitud de los resultados.

A modo de recomendación para la comunidad de Villa David, aunque se evidenció que la tendencia de la población infantil era normopeso, la obesidad fue el segundo estado nutricional más frecuente. Lo que demuestra que se está convirtiendo en una epidemia silenciosa en la comunidad de Villa David. Se recomienda seguir contribuyendo con campañas educativas sobre los buenos hábitos alimenticios y estilo de vida saludables, en instituciones como la escuela y los mismos centros de atención primaria, dado que en los resultados se puede observar que existe un conocimiento precario acerca de la distribución adecuada para una dieta balanceada, pues en ambos patrones alimenticios los azúcares, es decir, los carbohidratos, predominaron abruptamente.

Finalmente, también recomendamos promover el uso de los mercados locales y el consumo de las frutas de temporada. El fomento del consumo de alimentos más orgánicos incentivaría la creación de huertos comunitarios y escolares; al igual que, debido al fácil acceso del que se goza en ambientes rurales, promover actividades como caminatas familiares, motivarían el interés y el accionar de los diversos miembros de la familia.

Referencias

1. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640
2. Reviere A. Nurturing Healthy Habits in Children [Internet]. *Teche Health*; 2024 Apr 29 [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://techehealth.org/nurturing-healthy-habits-in-children/>
3. Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The influence of parental dietary behaviors and practices on children's eating habits. *Nutrients*. 2021;13(4):1138. doi: 10.3390/nu13041138
4. Duryea TK. Dietary recommendations for toddlers and preschool and school-age children [Internet]. *UpToDate*; 2024 Oct 16 [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/dietaryrecommendations-for-toddlers-and-preschool-andschoolagechildren>
5. Skelton JA. Definition, epidemiology, and etiology of obesity in children and adolescents [Internet]. *UpToDate*; 2025 Jan [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/definitionepidemiology-and-etiology-of-obesity-inchildrenandadolescents>
6. Stabouli S, Erdine S, Suurorg L, Jankauskienė A, Lurbe E. Obesity and eating disorders in children and adolescents: the bidirectional link. *Nutrients*. 2021;13(12):4473. doi: 10.3390/nu13124321
7. Perreault L, Reid TJ, Apovian CM. Obesity in adults: Overview of management [Internet]. *UpToDate*; 2025 Apr 29 [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overviewofmanagement>

8. Colditz GA. Healthy diet in adults [Internet]. UpToDate; 2025 Apr 23 [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in-adults#H489527833>
9. U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2020–2025. 9th ed. Washington (DC): U.S. Government Publishing Office; 2020.
10. Global Nutrition Report. Country Nutrition Profiles: Dominican Republic [Internet]. 2023 Feb [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/latin-americaandcaribbean/caribbean/dominican-republic/>
11. Reyes A. 3 de cada 10 niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe viven con sobrepeso [Internet]. UNICEF República Dominicana; 2021 Sep 14 [cited 2025 Jul 5]. Available from: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/3-de-cada-10-ninos-ninasy-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe>
12. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), United Nations Children's Fund (UNICEF), International Fund for Agricultural Development (IFAD), World Food Programme (WFP), World Health Organization (WHO). The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome: FAO; 2020. Available from: <https://www.unicef.org/media/72676/file/sofi-2020-full-report.pdf>
13. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Gender and childhood obesity prevalence: evidence from global childhood obesity database. *Int J Obes.* 2021;45(3):443–51.
14. Banna J, Talbert A, Gwynn J, Segovia-Siapco G. An ecological perspective of food choice and eating autonomy among adolescents. *Appetite.* 2021;156:104188. doi: 10.1016/j.appet.2020.104188