



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR EN
NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF#8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. VICTOR MANUEL JUAREZ TELLEZ

DIRETOR DE TESIS:

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

ASESOR:

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN

SALUD DEL HGZ CON UMF #8

DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.

MÉXICO, D. F., A FEBRERO DE 2013

NUMERO DE REGISTRO: R-2012-3605-5



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF NUMERO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dr. Víctor Manuel Juárez Téllez¹. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto¹. Dr. Vilchis Chaparro Eduardo²

OBJETIVO:

Evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar en niños con obesidad y sobrepeso del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALY METODOS:

Tipo de investigación: Transversal, Descriptivo, Observacional.

Criterios inclusión: Pacientes de 10 a 14 años con sobrepeso y obesidad,

Criterios exclusión: Pacientes que sus padres o tutores no deseen participar o no firmen consentimiento informado. **Criterios eliminación:** no derechohabientes. Pacientes con enfermedades crónico degenerativas, cuestionarios incompletos. **Tamaño de la muestra:** 232, con IC 90%, con proporción 0.30 amplitud total del IC 0.10 **Variables:** Edad, sexo, percentil, estado civil de los padres, tipo de familia, Faces III.

RESULTADOS: Se estudió 232 pacientes, sexo femenino 180 (77.6%), sexo masculino 52 (22.4%). La media de edad 11.89 años. Percentiles, 137 (59.1%) sobrepeso, 72 (31%) obesos, 23 (9.9%) obesidad grave. Adaptabilidad, 25 (10.8%) rígida, 100 (43.1%) estructurada, 54 (23.3%) flexible, 53 (22.8%) caótica. Cohesión, 9 (3.9%) no relacionada, 37 (15.9%), semirelacionada, 122 (52.6%) relacionada, 64 (27.6%) aglutinada. Modelo circunflejo 89 (38.4%) equilibrada, 135 (58.2%) media, 8 (3.4%) extrema.

CONCLUSIONES: FACES III, 89 pacientes (38.4%) con familias equilibradas, 135 (58.2%) medias, 8 (3.4%) extremas. Los pacientes con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo no son familias extremas.

PALABRAS CLAVE: Obesidad y FACES III

**“EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD
Y COHESIÓN FAMILIAR EN NIÑOS
CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL
HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Médico Familiar

Coordinación Clínica de educación e investigación en salud del HGZ / UMF # 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo, IMSS

Director de Tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito a la UMF/UMAA #161
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS

Con especial cariño a mi familia
Víctor Manuel Juárez Vega
Beatriz Téllez Rodríguez
Guillermo Juárez Téllez
Viridiana Juárez Téllez
Angélica Lucio Franco
Gustavo Manuel Piedras

ÍNDICE

	Páginas.
Resumen	2
Antecedentes	9
Planteamiento del problema	20
Justificación	20
Objetivos	20
Hipótesis	21
Materiales y métodos	21
Tipo de estudio	21
Diseño de la investigación	22
Población lugar y tiempo	23
Muestra	23
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
Variables	24
Diseño estadístico	28
Métodos de recolección de datos	28
Maniobras para evitar y controlar sesgos	29
Cronograma	30
Consideraciones éticas aplicables al estudio	31
Consideraciones de las normas e instructivos institucionales	31
Recursos materiales y humanos	31
Resultados	32
Discusión	60
Conclusiones	61
Bibliografía	63
Anexos	65

MARCO TEÓRICO

La obesidad es una enfermedad crónica originada por un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal con relación al valor esperado según el sexo, talla y edad. En los niños obesos la definición de obesidad puede no ser siempre precisa, debido a que muchas veces se observa también en ellos un aumento de la masa libre de grasa. En la práctica clínica actual, el índice más utilizado para el diagnóstico de obesidad es el índice de masa corporal (IMC). La principal limitación del IMC es la no distinción entre la masa grasa y la masa libre de grasa. Además, se ha observado que muchos niños que presentan un IMC dentro de los límites normales según Cole y cols.¹⁰ tienen valores de masa grasa, determinada por pletismografía por desplazamiento de aire (sistema BOD-POD), en rangos de obesidad. El IMC presenta además otra serie de limitaciones como son la necesidad de encontrar la población de referencia ideal; los cambios seculares que ésta puede sufrir, con la consiguiente necesidad de actualización de las curvas de referencia; y, por último, el identificar los límites de corte para categorizar obesidad y sobrepeso. ⁽¹⁾

Son numerosos los factores externos al niño que están involucrados en la patogénesis de la obesidad. Entre ellos destacan: el exceso de alimentación durante el período prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), el nivel socioeconómico (clase social baja en los países desarrollados y clase social alta en países en vías de desarrollo), factores relacionados con el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida. Un factor ambiental que se ha relacionado con un aumento de la obesidad en nuestra sociedad es ver la televisión durante muchas horas. Datos del National Health Examination Survey y también de nuestra propia experiencia (datos no publicados) han demostrado que el número de horas que se ve la televisión tiene una relación directa con el riesgo de obesidad. Además, en adolescentes, la televisión es el factor predictor de obesidad más importante y muestra un efecto dosis-respuesta. La televisión anuncia alimentos con alto contenido calórico (aperitivos) y los personajes de la televisión, en general, muestran unos hábitos alimentarios inadecuados. Por ello, los niños que ven más horas la televisión tienen más posibilidad de tomar aperitivos mientras están delante del televisor, y a la vez la televisión reemplaza las actividades al aire libre que consumen más energía, como los juegos o deportes. No obstante, si es imposible evitar este hábito es conveniente buscar la forma de realizar actividad física al mismo tiempo que se ve la televisión. ⁽¹⁾

La prevalencia a nivel mundial de la obesidad, se halla en permanente aumento durante las últimas décadas; en este sentido la Organización Mundial de la Salud la ha denominado “epidemia del nuevo siglo” ⁽²⁾

La progresión de la Enfermedad cardiovascular y la gravedad que alcanza se relacionan con la presencia de estos factores de riesgo y con su persistencia a lo largo del tiempo. Sobre la base de datos de anatomía patológica se conoce que el

proceso aterosclerótico se inicia en la infancia y el grado de extensión de las lesiones en niños y adultos jóvenes se correlaciona con la presencia de los mismos factores de riesgo identificados en adultos. A partir de estudios epidemiológicos se ha establecido que el riesgo de eventos cardiovasculares se incrementa cuando confluyen varios factores, ya que se potencian en sus efectos. Si bien la presencia de un solo factor específico determina riesgo, habitualmente se presentan varios asociados. Ciertas preferencias o características personales influyen en la valoración subjetiva de los riesgos. La modificación de hábitos y patrones de comportamiento es, en general, difícil. Con frecuencia, en relación con los riesgos para la salud, los individuos y las sociedades prefieren disfrutar los beneficios de la actividad presente sin tener en cuenta posibles daños alejados. Un ejemplo de esto es el consumo elevado de ciertos tipos de alimentos ricos en grasas y calorías que dan un placer transitorio a pesar de los efectos adversos sobre la salud, que no se tienen en cuenta en el momento y que ocurrirán en el futuro. La disponibilidad de información, junto con estrategias activas de promoción y protección de la salud constituyen las herramientas más importantes para la reducción de estos riesgos. La implementación de estas acciones involucran diferentes actores y estrategias, como el empoderamiento de la población a partir de la educación; la acción gubernamental, mediante legislación específica, es necesaria para mejorar la salud poblacional a través de la reducción del consumo de alcohol y tabaco; las redes sociales de contención y apoyo son también determinantes y particularmente, el trabajo del equipo de salud trabajando en los diferentes niveles de prevención y promoción. (3)

La obesidad y sus complicaciones constituyen un problema importante de salud pública cuya forma eficaz de control pasa necesariamente por la prevención desde edades muy precoces, por la detección de las familias de riesgo y por la evaluación clínica y antropométrica seriada en los centros de atención primaria. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Las pruebas complementarias estarán destinadas al diagnóstico de sus complicaciones y al uso de marcadores precoces y por ello, subclínicos, de afectación cardiovascular. (4)

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer, a edades más tempranas, enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, además de ciertos tipos de cáncer. De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras. A su vez la obesidad tiene repercusiones en la Salud emocional, con baja autoestima, imagen corporal negativa y depresión, y en la Salud social, pudiendo presentar estigmatización, estereotipos negativos, bromas y "bullying", marginación y aislamiento. (5)

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal (IMC = peso en kg /talla en

m2). El sobrepeso infantil se establece a partir del percentil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del percentil 85.3 La obesidad infantil aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. (6)

En las enfermedades como la obesidad existen claramente interconexiones complejas entre los aspectos genéticos y metabólicos. Lo mismo ocurre cuando la obesidad se interconecta con otras enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, asma e hipertensión arterial; también existen complejas interacciones entre los individuos, familias y comunidades que padecen esta enfermedad, siendo un aspecto interesante que, aunque cada uno de estos niveles se maneja en forma independiente, en realidad los tres tienen fuertes interconexiones, desde el nivel molecular hasta el social;6,7 en este caso es muy claro que las formas de vivir llamados estilos de vida impactan la salud hasta el nivel de las moléculas y viceversa. En este sentido, es importante reconocer que el abrupto incremento de la obesidad en las últimas décadas, así como su presencia en todas las latitudes, obedece a cambios en la forma de vivir de las personas. El impacto de la obesidad en la sociedad es tan grande que actualmente ha trascendido de un problema médico a problema social, demográfico y económico. No hay duda de que para controlar la epidemia de obesidad que afecta a todos los estratos sociales de la población, la acción clave es prevenir; pero esto no puede depender exclusivamente de pautas dictadas al individuo (como a menudo sucede), sino en crear las oportunidades para que los estilos de vida saludables estén al alcance de toda la población. De ahí que la promoción de la salud sea la estrategia de lucha fundamental, procurando abarcar al individuo y a todos los componentes de la sociedad; es decir, se requiere actuar en los espacios donde transcurre la vida individual y social, promulgar leyes, y elaborar políticas encaminadas a mejorar el entorno físico y social. (7)

La Reforma Mexicana de Salud y los programas de prevención de obesidad a nivel nacional, o las iniciativas propias de los estados, están orientados a lograr cambios. La Reforma Mexicana ha incluido un esfuerzo sin precedente para fortalecer los servicios de salud ambiental, las acciones regulatorias para proteger al público y, en general, el conjunto de intervenciones intersectoriales que define una política saludable, capaz de modificar los más amplios determinantes de la enfermedad. Para ello, la Secretaría de Salud ha emprendido una reorganización profunda encaminada al establecimiento de una nueva agencia de salud pública encargada de la protección contra los riesgos a la salud. La epidemia de obesidad es reversible. Existe la posibilidad de revertir la tendencia y tener la epidemia bajo control. Pero esto sólo se puede conseguir mediante una actuación exhaustiva, ya que las raíces del problema se hallan en factores sociales, económicos y ambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas. El planteamiento consiste en construir sociedades en las que los estilos de vida saludables, vinculados a la alimentación y a la actividad física, constituyan la norma; sociedades en las que los objetivos relacionados con la salud están en consonancia con los de la economía, incorporando a las cadenas productivas de alimentos y bebidas opciones saludables para todas las personas, sin omitir el papel relevante que juega la sociedad y la cultura. (7)

La obesidad tiene origen multifactorial y se han mencionado factores de riesgo que influyen: genéticos, hormonas como la leptina, grelina, adiponectina que influyen en el apetito, saciedad y distribución de la grasa, además de otros como el estatus económico y el ambiente. Debe de existir un enfoque individual para la obesidad infantil tanto en la prevención como la terapéutica del niño obeso,⁶ a pesar de los esfuerzos para controlarla, se considera que esta enfermedad ha adquirido proporciones pandémicas. Aún no se han encontrado las estrategias adecuadas para detener este problema, por lo que se requiere incrementar el interés de las instancias de salud implementando estrategias desde el primer nivel de atención, implicando cambios en el microambiente o macroambiente, así como aumentar la prevención, detección y tratamiento. ⁽⁸⁾

Los factores de riesgo más importantes relacionados con la obesidad infantil incluyen: el peso de nacimiento, la obesidad de los progenitores, las horas dedicadas a la televisión, el rebote temprano de adiposidad y la duración del sueño. Otros factores conductuales asociados son el temperamento del niño, la frecuencia de pataletas y la preocupación de los padres por el peso del niño, entre otros. El estudio del consumo de alimentos a través de encuestas ha mostrado una alta variabilidad y un importante subregistro de la ingesta tanto en sujetos normopesos como obesos, especialmente en las dietas ricas en grasas. Las limitaciones inherentes a la cuantificación de la ingesta alimentaria y la inconsistencia de los resultados en individuos obesos, han generado interés creciente por la evaluación de la conducta alimentaria. Se ha descrito que la conducta alimentaria en niños presenta una relativa estabilidad temporal que se equipara a otros rasgos estables de la personalidad. La investigación en conducta alimentaria infantil ha encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación. Además de las influencias familiares, estudios en mellizos han descrito una importante influencia genética relacionada con la conducta y las preferencias alimentarias. El aumento de la prevalencia de obesidad y su creciente importancia dentro del perfil epidemiológico en América Latina, hace necesaria la actualización sobre tópicos aún poco conocidos como las influencias familiares en la conducta de ²⁵⁰ DOMINGUEZ-VASQUEZ et al. Alimentación y las evidencias existentes sobre la relación entre la conducta alimentaria familiar y la obesidad infantil. ⁽⁹⁾

La magnitud del efecto de la conducta alimentaria sobre la obesidad infantil ha sido escasamente estudiada, existiendo evidencias de una asociación de puntajes de sub-escalas del CEBQ (54) y TFEQ con el IMC en niños. Se han publicado diferentes estudios sobre la relación entre conducta alimentaria infantil y familiar e indicadores antropométricos de obesidad que han encontrado correlaciones positivas entre el Z-score del IMC infantil y la estimulación de la ingesta. La presión por comer ejercida por los progenitores y la preocupación por el peso del niño, evaluadas en el CFQ (acrónimo en inglés de: Cuestionario de Alimentación Infantil), explicaron en 15 y 5% respectivamente la variación en la grasa corporal total de niños en ambos sexos (47). Vogels et al. Describieron que el puntaje de

restricción cognitiva del TFEQ se asoció significativamente con el sobrepeso de los niños de 7-12 años de edad. Por el contrario, Whitaker et al. (45) no encontraron correlaciones significativas entre adiposidad y puntajes TFEQ en niños de tres años y sus progenitores, lo que sugiere que la influencia de la conducta alimentaria sobre el peso corporal no se expresa a tan temprana edad.

(9)

Numerosos informes señalan que la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado notablemente en las últimas dos décadas, de tal manera que se ha convertido en un problema de salud pública. Uno de los problemas que se han observado con el aumento en la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes es el incremento paralelo en las complicaciones relacionadas a su presencia, entre las que se incluyen las metabólicas, las psicológicas y las ortopédicas, entre otras. Se ha descrito que los niños y adolescentes con obesidad, sobre todo aquellos con incremento en la grasa abdominal, pueden tener un perfil sérico de lípidos aterogénico, caracterizado por un incremento de la concentración de colesterol sérico total (CT), triglicéridos (TGL) y lipoproteínas de baja densidad (LDL), y por la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL); se ha llegado a notificar la presencia de estas alteraciones hasta en 30% de niños y adolescentes con obesidad. Actualmente, se reconoce que las alteraciones del perfil sérico de lípidos en niños y adolescentes con obesidad pueden ser indicadores tempranos de riesgo cardiovascular, o formar parte del síndrome metabólico. (10)

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semintegrada o desintegrada). (11)

El interés por estudiar en forma sistemática y científica a la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo. El ambiente familiar se convierte en el medio que influye en el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que se ha observado a través del tiempo y en diferentes grupos culturales. Cuando la familia se “enferma”, se utiliza el término de familia disfuncional porque ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones; en ocasiones, se produce la enfermedad de uno de sus miembros. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración de algunos de los subsistemas familiares. (12)

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus tipo. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativos o paranormativos. La cohesión familiar es definida como “el ligue emocional que los miembros de una familia tienen entre sí”. La adaptabilidad familiar se define como “la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo”. FACES III valora, por medio de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y cohesión familiar. Para ello, las preguntas noes están destinadas a la cohesión, y las pares, a la adaptabilidad; para una mejor interpretación, los resultados numéricos de este instrumento se cotejan con el sistema circunflejo de Olson. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: equilibradas, medias y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas son más propensas a la disfunción, lo cual ha sido corroborado por diversos investigadores en su experiencia clínica. (12)

La familia es la base del bienestar de los niños en la medida en que garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida. En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones. (13)

Las Instituciones que brindan apoyo a este tipo de pacientes constituyen un recurso ideal que debe ser aprovechado por cualquier persona que presente una enfermedad crónica. En estudios anteriores se ha visto que el conocimiento de la funcionalidad familiar, es esencial en este tipo de institutos para ofrecer una mejor asesoría y un mejor plan terapéutico. Los profesionales de la salud como el médico familiar, enfermeras, psicólogas entre otros, deben considerar el funcionamiento familiar desde el punto de vista de la flexibilidad, fortaleza y grado de compromiso que requerirá dar respuesta a una enfermedad, en este caso a niños con encefalopatía estática no progresiva, siendo uno de los problemas de la práctica diaria del médico general, familiar, y pediatra. (14)

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas

que destacan los autores es que con FACES III se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad) cuando se utilizaba FACES II, y la correlación entre ellos con deseabilidad social. Además, el Análisis Factorial mostró que los ítems saturaban en el factor postulado (Olson, 1986, 1994; Olson, Portner y Lavee, 1985). En México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor (Ponce-Rosas, Gómez-Clavelina, Terán-Trillo, Irigoyen-Coria y Landgrave-Ibáñez, 2002). (15)

ANTECEDENTES

En España se ha realizado un estudio de prevalencia que analiza la población infantil desde 1998 a 2000, escogiendo como criterio de sobrepeso y obesidad el índice de masa corporal superior al percentil 85 y 97 respectivamente, y ha encontrado una prevalencia de obesidad del 13,9%. Si se considera de forma conjunta la obesidad y el sobrepeso, esta cifra de prevalencia asciende al 26,4%.⁵

(16)

En las sociedades occidentales se puede considerar como el trastorno nutricional más frecuente. Según estimaciones mundiales al año 2004, de la International Obesity Task Force, uno de cada diez niños en edad escolar presenta sobrepeso y el 3% de los niños entre 5 y 17 años presentan obesidad. ⁽¹⁷⁾

En la Argentina, varios estudios realizados en distintas regiones del país sobre la prevalencia de obesidad en grupos escolares han demostrado que este síndrome parece constituir un problema ya instalado desde temprana edad y con cifras comparables a las de otros países que tienen vigilancia epidemiológica. Un trabajo regional realizado en una muestra de 1743 niños de 6 a 14 años arrojó una prevalencia de obesidad del 13%⁶. ⁽¹⁸⁾

En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones. Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos. ⁽¹⁹⁾

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares. ⁽²⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la adaptabilidad y cohesión familiar en niños con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACION

El exceso de peso es la epidemia del siglo XXI, que afecta tanto a países desarrollados como a los que están en vías de desarrollo, por lo que la OMS empezó a aconsejar que se investigase este problema, al que catalogó como el mayor problema de salud pública al que se enfrenta el mundo. En la mayoría de los países se ha observado un incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 25 años. En México estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares. Para impactar en el problema de obesidad las acciones terapéuticas deberán iniciarse en el momento de identificar un problema de sobrepeso. El abordaje terapéutico del niño con obesidad en el primer nivel de atención debe ser preventivo dirigido a la modificación del estilo de vida y a mejorar el patrón de alimentación. La infancia y la adolescencia proveen una oportunidad única para promover la salud. Las intervenciones en estas etapas permiten educar y estimular a los padres para que adopten un estilo de vida sano, transmitan a los niños un modelo positivo y mejoren al mismo tiempo su estado de salud y así como los riesgo que podrán afectarla en un futuro.

Por lo tanto resulta pertinente efectuar un estudio que amplíe la experiencia y que permita evaluar de manera cuantitativa la calidad de vida en los pacientes afectados, para prevenir las complicaciones de esta enfermedad así como eficacia en el tratamiento y minimizar el impacto negativo de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes con obesidad y sobrepeso.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la adaptabilidad y cohesión en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer cuál es la frecuencia de familias equilibradas, medias y extremas según la escala de FACES III en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPÓTESIS

Se coloca con fines de enseñanza

Los pacientes con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo son familias extremas.

HIPÓTESIS NULA

H_0 : Los pacientes con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo no son familias extremas.

HIPÓTESIS ALTERNA

H_1 : Los pacientes con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo tienen una mala adaptabilidad y cohesión.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se incluyeron a pacientes que asistieron al servicio de consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF#8 “Gilberto Flores Izquierdo” como pacientes o acompañantes durante los meses junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2011 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Previo conocimiento informado, se les aplicó el cuestionario *La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)* desarrollado para medir la adaptabilidad y cohesión pacientes con sobrepeso u obesidad, se aplicaran los cuestionarios por medio del médico residente, encontrado en anexo (1).

Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes adscritos a este servicio para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

TIPO DE ESTUDIO

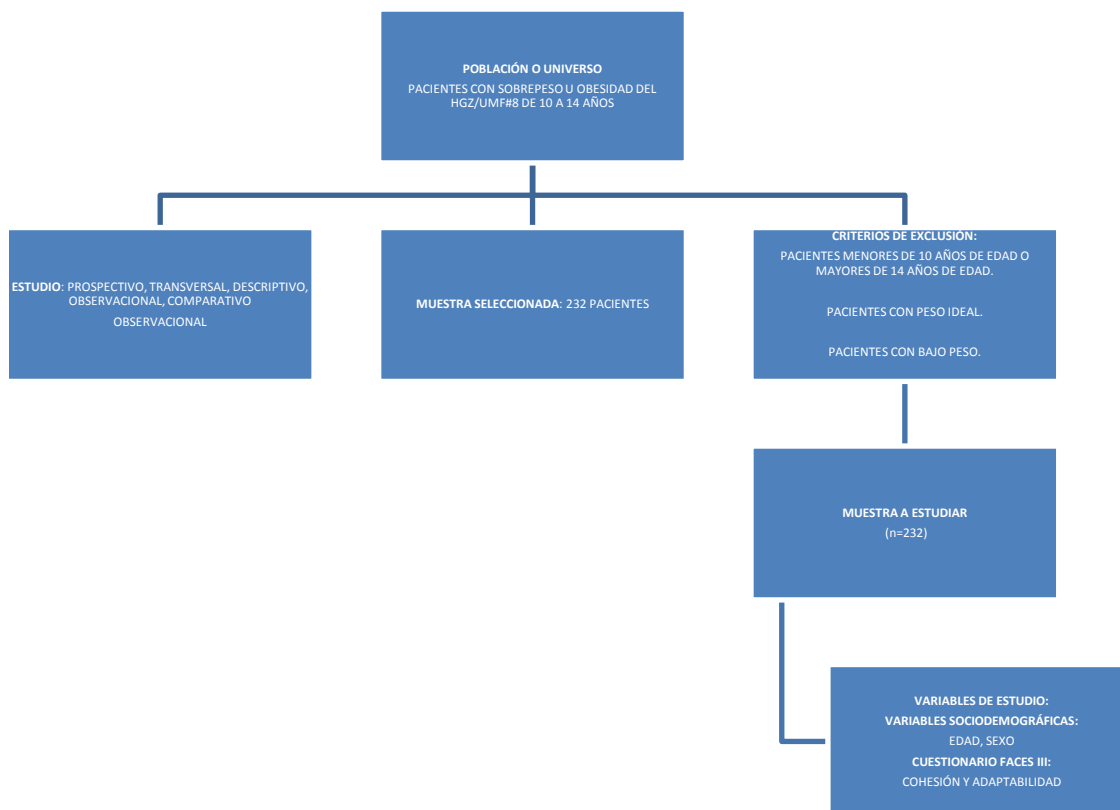
Prospectivo: la información se recogerá después de la planeación de la investigación.

Transversal: Se utiliza una sola medición.

Descriptivo: Se cuenta con una sola población para describir el fenómeno a investigar.

Observacional: La investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



ELABORO: DR. VICTOR MANUEL JUAREZ TELLEZ.

POBLACION DE TRABAJO

Se realizó el estudio en todos los pacientes de 10 a 14 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar como pacientes o acompañantes con sobrepeso u obesidad. Que cumplieron los criterios de inclusión, aplicándose el cuestionario para medir adaptabilidad y cohesión a ellos y a su tutor, en un periodo comprendido de julio a diciembre de 2010 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Se desarrolló en el área de consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF# 8 “Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS. Es una población urbana.
Dirección del hospital: Avenida Rio Magdalena número 289, colonia Tiazapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, México DF. Cp. 01090.

TIEMPO EN EL QUE SE REALIZARA EL ESTUDIO

El presente trabajo se realizara en un tiempo comprendido entre marzo del 2011 a enero del 2012,

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió 232 pacientes, con una proporción esperada de 0.30, con un nivel de confianza del 90% y con una amplitud de intervalo de confianza del 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 99%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 10 a 14 años de edad con sobrepeso u obesidad.
- Pacientes adscritos a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF# 8 "Gilberto Flores Izquierdo".
- Pacientes con sobrepeso u obesidad comprobada de acuerdo a los percentiles establecidos.
- Pacientes de sexo indistinto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 10 años de edad o mayores de 14 años de edad.
- Pacientes con peso ideal.
- Pacientes con bajo peso.
- Pacientes analfabetas y por tal razón no pueden contestar el cuestionario.
- Pacientes con coeficiente intelectual insuficiente para contestar el cuestionario.
- Pacientes con enfermedades crónicas, que afecten el estado nutricional.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completen el cuestionario.

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Adaptabilidad
- Cohesión

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Sobrepeso
- Obesidad
- Obesidad Grave

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Adaptabilidad

Definición conceptual: La adaptabilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

Cohesión

Definición conceptual: La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Sobrepeso:

Definición conceptual: El sobrepeso infantil se establece a partir del percentil 75.

Obesidad

Definición conceptual: La obesidad infantil se establece a partir del percentil 90.

Obesidad Grave

Definición conceptual: La obesidad grave infantil se establece a partir del percentil 97.

ESPECIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

Adaptabilidad: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Cohesión: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Variable independiente

Sobrepeso: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Obesidad: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

Obesidad grave: Dicotómica, cualitativa, nominal, finita.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Nombre de variables	Tipo variable	de	Escala medición	de	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa		Continua		Números enteros
Sexo	Cualitativa		Nominal		1.- masculino
					2.- femenino
Percentil	Cualitativa		Nominal		1.- Sobrepeso
					2.- Obesidad
					3.- Obesidad Grave

ELABORÓ: DR. VICTOR MANUEL JUAREZ TELLEZ

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
 CUESTIONARIO DE ADAPTABILIDAD Y COHESION (FACES III)

Nombre de variables	Tipo variable	de	Escala medición	de	Valores de las variables
Adaptabilidad	Cualitativa		Nominal		1.- Rígida
					2.- Estructurada
					3.- Flexible
					4.- Caótica
Cohesión	Cualitativa		Nominal		1.- No relacionada
					2.- Semirelacionada
					3.- Relacionada
					4.- Aglutinada

ELABORO: VICTOR MANUEL JUAREZ TELLEZ

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaran medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. Frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevaecía del 40%.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

A los pacientes que se les corroboró el diagnóstico se les aplicó el cuestionario FASES III, éste ha sido rigurosamente probado para asegurar que es reproducible. Ha sido validado para su uso al idioma español.

El instrumento FACES III fue creado por Olson y col.;⁷ sus alcances, limitaciones y su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio con el rigor metodológico que confiere un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar, en el momento en que se aplica el instrumento. FACES III no mide la funcionalidad de las familias, sino el grado de dos de las dimensiones (cohesión y adaptabilidad) contenidas en su escala.

FACES III valora, por medio de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y cohesión familiar. Para ello, las preguntas no están destinadas a la cohesión, y las pares, a la adaptabilidad; para una mejor interpretación, los resultados numéricos de este instrumento se cotejan con el sistema circunflejo de Olson. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: equilibradas, medias y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas son más propensas a la disfunción, lo cual ha sido corroborado por diversos investigadores en su experiencia clínica.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio participaron pacientes o acompañantes que acudirán a la consulta externa del servicio de medicina familiar del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, con el diagnóstico de sobrepeso, obesidad y obesidad grave. Los pacientes y sus tutores que cumplieran con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, se les informó ampliamente en qué consistía el estudio de investigación. Una vez que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado. Ver anexo (2).

Posteriormente se realizó interrogatorio directo acerca de la ficha de identificación. Asimismo se realizó un cuestionario para tipificar las familias. Una vez corroborado el diagnóstico de sobrepeso, obesidad y obesidad grave, se les proporcionara a los pacientes y a sus tutores el cuestionario FACES III para su contestación. Por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se aplicó el cuestionario FACES III a 2 integrantes de la familia, en este caso el paciente con una edad mayor a 10 años y a su tutor quienes pudieran leer. Si el administrador de la prueba sospechaba que el nivel de lectura era inadecuado, debió trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto leyera el enunciado en voz alta y seleccionara en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tenía dificultades para leer la primera pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba.

La prueba se realizó en 10 minutos. Durante la aplicación del cuestionario FACES III, es importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. Los pacientes y sus tutores fueron informados de que no necesitaban responder a una pregunta que no quisieran o no supieran contestar. El examinador debía decir: “Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta”.

El examinador no debió discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si era posible, debió darse la definición del cuestionario. El examinador revisó la prueba, para asegurar que solo una de las respuestas alternativas hubiera sido señalada para cada pregunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DE LA TESIS:

“EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF NUMERO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”

2011-2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

La presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico y tratamiento con el que cuenta esta institución. Asimismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente.

Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del paciente con confirmación diagnóstica de sobrepeso, obesidad y obesidad grave y toda la información se manejara de forma confidencial y con fines de investigación. Anexo (3)

CONSIDERACIÓN DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES DE MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Los recursos utilizados en la presente investigación se mencionan en las siguientes tablas:

Recursos Humanos	
Encuestador	1

ELABORO: VICTOR MANUEL JUÁREZ TELLEZ

Recursos Materiales	
Computadora	1
Impresora	1
Tinta para impresora	5
Hojas blancas	900
Lápices	5
Servicio de internet	1
Fotocopias	900
Calculadora	1

Financiamiento del estudio	
El estudio será financiado por el investigador	

ELABORO: VICTOR MANUEL JUÁREZ TELLEZ

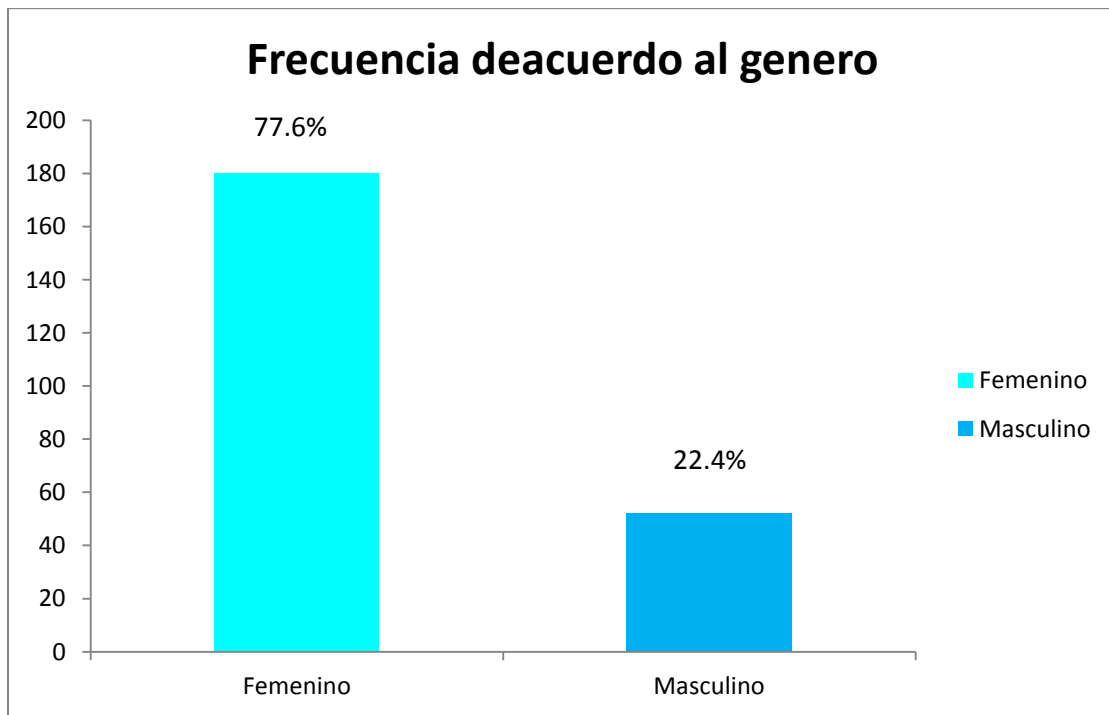
RESULTADOS

- Se estudió 232 pacientes, se encontró predominio de sexo femenino 180 (77.6%), sexo masculino 52 (22.4%). (Ver Anexo cuadro 1)
- La media de edad 11.89 años, valor mínimo de 10 años y valor máximo de 14 años, moda de 10 años, mediana de 12 años y desviación estándar de 1.492 años.
- En cuanto a los percentiles, se observó: 137 (59.1%) con sobrepeso, 72 (31%) con obesidad, 23 (9.9%) con obesidad grave. (Ver anexo cuadro 2)
- En el rubro correspondiente al estado civil de los padres se encontró, 30 (12.9%) solteros, 121 (52.2%) casados, 10 (4.3%) divorciados, 47 (20.3%) unión libre, 24 (10.3%) separados (Ver anexo cuadro 3)
- En el apartado de tipo de familia se observó, 110 (47.4%) nucleares, 36 (15.5%) monoparentales, 62 (26.7%) extensas, 24 (10.3%) compuestas (Ver anexo cuadro 4)
- En la sección de adaptabilidad se documentó, 25 (10.8%) rígida, 100 (43.1%) estructurada, 54 (23.3%) flexible, 53 (22.8%) caótica. (Ver anexo cuadro 6)
- En el componente de cohesión, se demostró 9 (3.9%) no relacionada, 37 (15.9%), semirelacionada, 122 (52.6%) relacionada, 64 (27.6%) aglutinada. (Ver anexo cuadro 12)
- En el resultado obtenido del modelo circunflejo del FACES III se mostró 89 (38.4%) equilibrada, 135 (58.2%) media, 8 (3.4%) extrema.
- En el conjunto de percentiles y sexo, se observó, 104 (75.9%) con sobrepeso, 64 (88.9%) con obesidad, 12 (52.2%) con obesidad grave, en cuanto a hombres, 33 (24.1%) sobrepeso, 8 (11.1%) obesidad y 11 (47.8%) con obesidad grave. (Ver anexo cuadro 13)
- En el apartado de percentiles y estado civil de los padres se encontró, en los niños con sobrepeso, 17 (12.4%) solteros, 78 (56.9%) casados, 4 (2.9%) divorciados, 26 (19%) unión libre, 12 (8.8%) separados, con obesidad 8 (11.1%) solteros, 33 (45.8%) casados, 3 (4.2%) divorciados, 18 (25%) unión libre, 10 (13.9%) separados, con obesidad grave, 5 (21.7%) soltero, 10 (43.5%) casado, 3 (13%) divorciado, 3 (13%) unión libre, 2 (8.7%) separado. (Ver anexo cuadro 14)

- En el apartado de percentiles con tipo de familia se encontró, niños con sobrepeso, 72 (52.6%) familias nucleares, 24 (17.5%) monoparentales, 31 (22.6%) extensas, 10 (7.3%) compuestas. En los niños que padecen obesidad, 31 (43.1%) nucleares, 4 (5.6%) monoparentales, 26 (36.1%) extensas, 11 (15,3%) compuestas, en los niños que padecen obesidad grave, 7 (30.4%) nucleares, 8 (34.8%) monoparentales, 5 (21.7%) extensas, 3 (13%) compuestas. (Ver anexo cuadro 19)
- En el rubro de percentiles y adaptabilidad, se vió que las familias de los niños con sobrepeso con, 15 (10.9%) rígidas, 59 (43.1%) estructurada, 30 (21.9%) flexible, 33 (24.1%) caótica, en los niños que padecen obesidad 7 (9.7%) rígidas, 33 (45.8%) estructuradas, 18 (25%) flexibles, 14 (19.4%) caóticas, en los niños que padecen obesidad grave, 3 (13%) rígidas, 8 (34.8%) estructuradas, 6 (26.1%) flexibles y 6 (26.1%) caóticas. (Ver anexo cuadro 15)
- En el apartado de percentiles y cohesión, se observó en los niños con sobrepeso, 5 (3.6%) familias no relacionadas, 19 (13.9%) semirelacionadas, 74 (54%) relacionadas, 39 (28.5%) aglutinadas. En los niños con obesidad, 4 (5.6%) no relacionadas, 14 (19.4%) semirelacionadas, 34 (47.2%) relacionadas, 20 (27.8%) aglutinadas. En los niños con obesidad grave, 4 (17.4%) semirelacionadas, 14 (60.9%) relacionadas, y 5 (27.7%) aglutinadas. (Ver anexo cuadro 16)
- En cuanto a percentiles y el resultado obtenido del modelo circunflejo del faces III, las familias de los niños con sobrepeso son, 45 (32.8%) equilibradas, 92 (67.2%) medias, 0 (0%) extremas, en los niños con obesidad, 35 (48.6%) equilibradas, 29 (40.3%) medias, 8 (11.1%) extremas, en los niños con obesidad grave, 9 (39.1%) equilibradas, 14 (60.9%) medias. (Ver anexo cuadro 24)

FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO

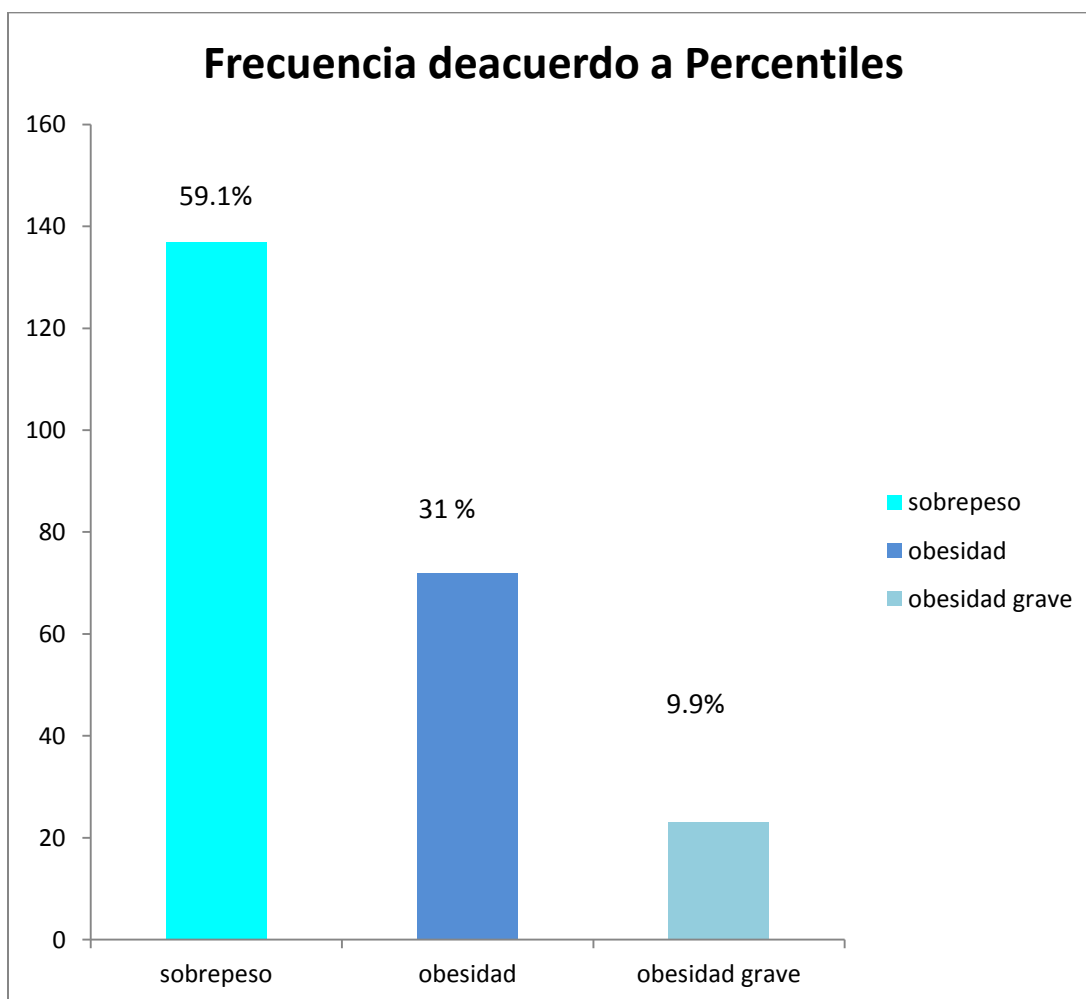
Genero	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	52	22.4%
Mujeres	180	77.6%
Total	232	100%



Cuadro. 1 Frecuencia de acuerdo al género

FRECUENCIA DE ACUERDO A PERCENTILES

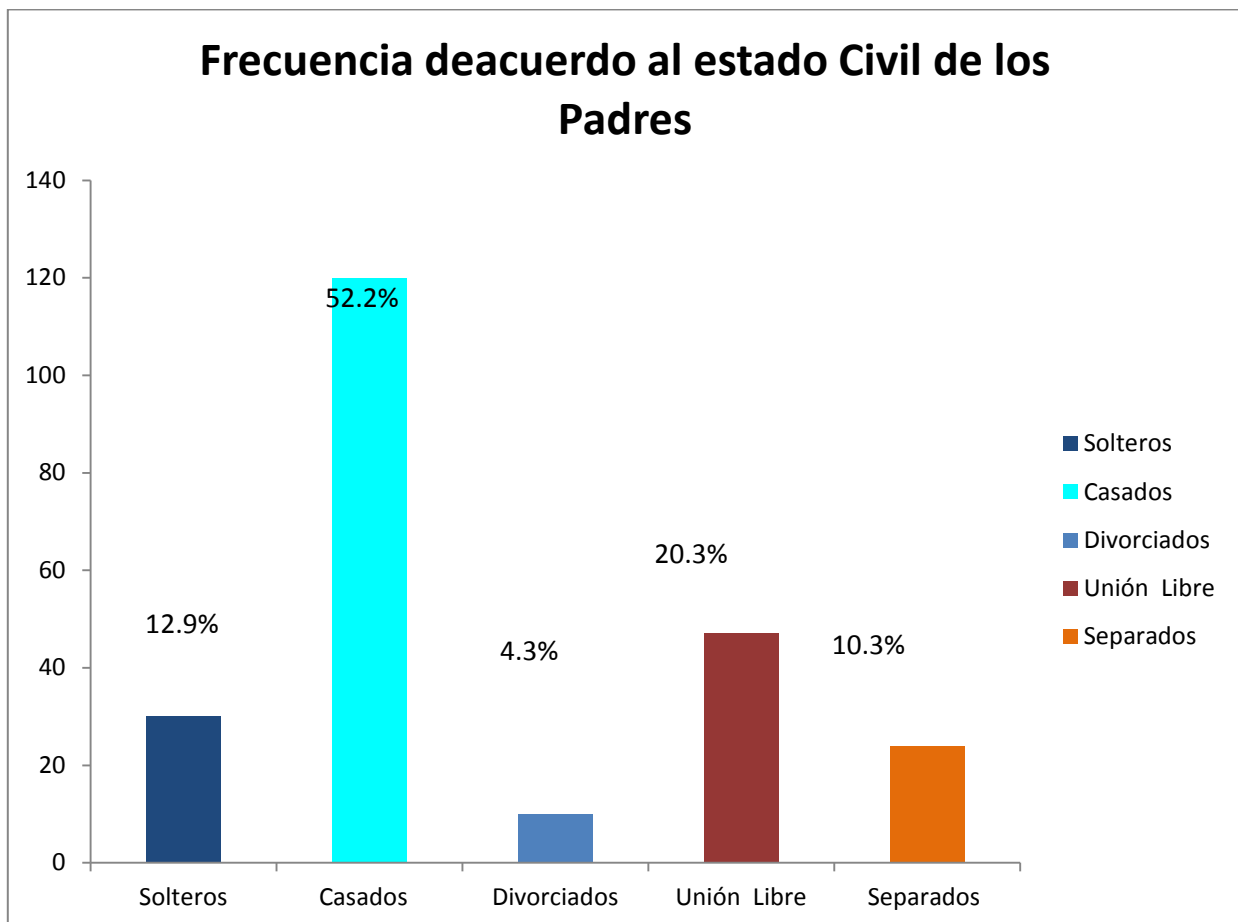
FRECUENCIA DE ACUERDO A PERCENTILES		
Percentil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sobrepeso	137	59.1%
Obesidad	72	31%
Obesidad grave	23	9.9%



Cuadro 2. Frecuencia de acuerdo a los percentiles.

FRECUENCIA DEACUERDO A ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

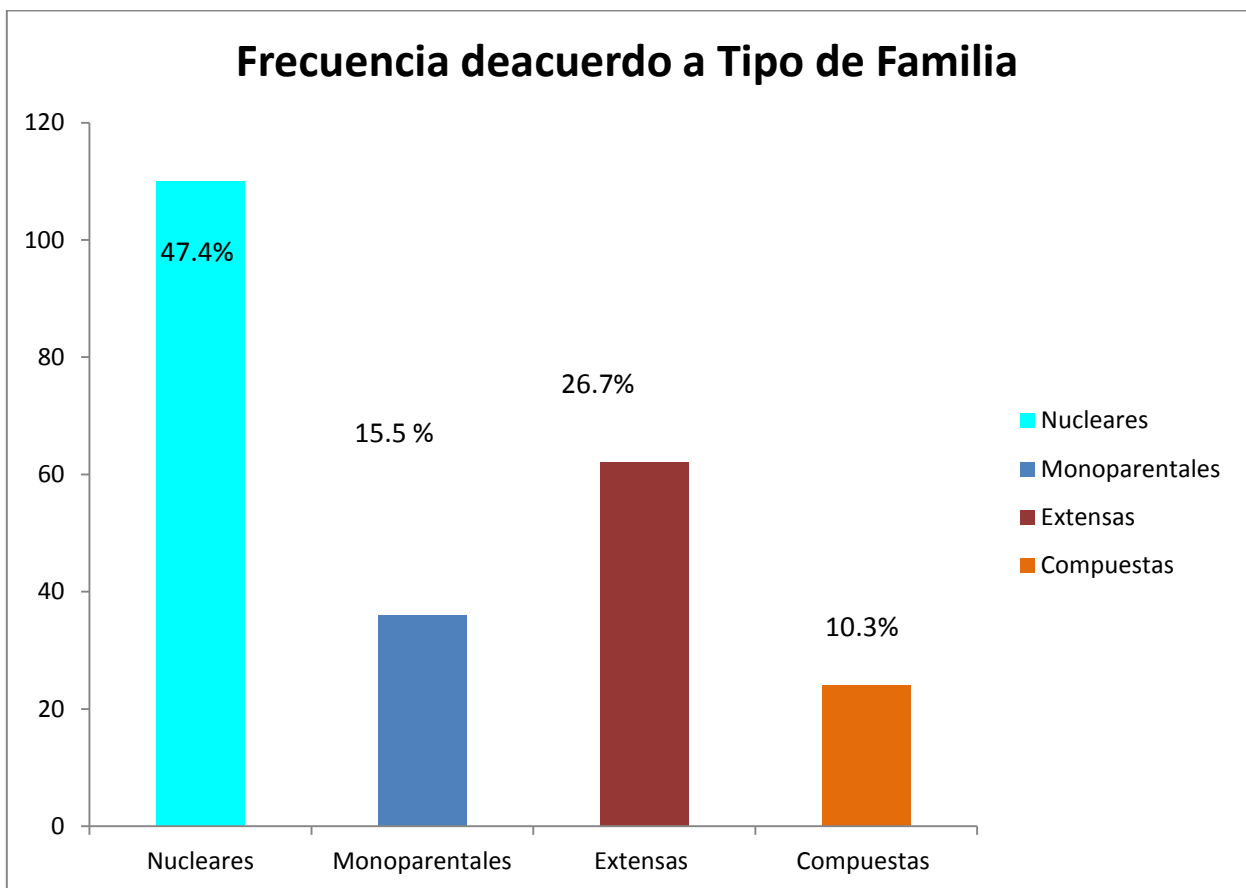
FRECUENCIA DE ACUERDO A ESTADO CIVIL DE LOS PADRES		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Solteros	30	12.9%
Casados	120	52.2%
Divorciados	10	4.3%
Unión Libre	47	20.3%
Separados	24	10.3%



Cuadro 3 Frecuencia de acuerdo a los percentiles.

FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA

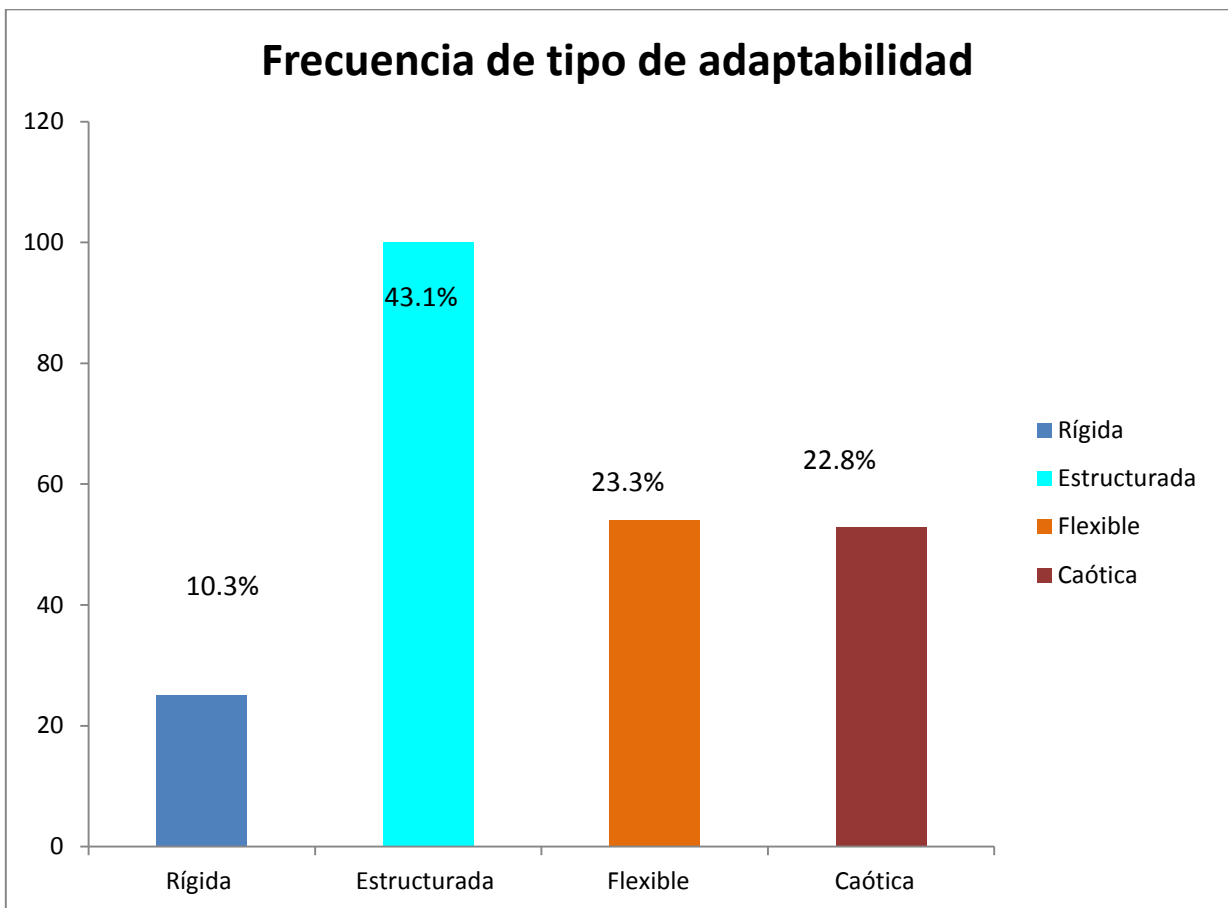
FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA		
Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nucleares	110	47.4%
Monoparentales	36	15.5%
Extensas	62	26.7%
Compuestas	24	10.3%



Cuadro 4 Frecuencia de acuerdo al estado civil de los padres.

FRECUENCIA DE ACUERDO A TIPO DE ADAPTABILIDAD

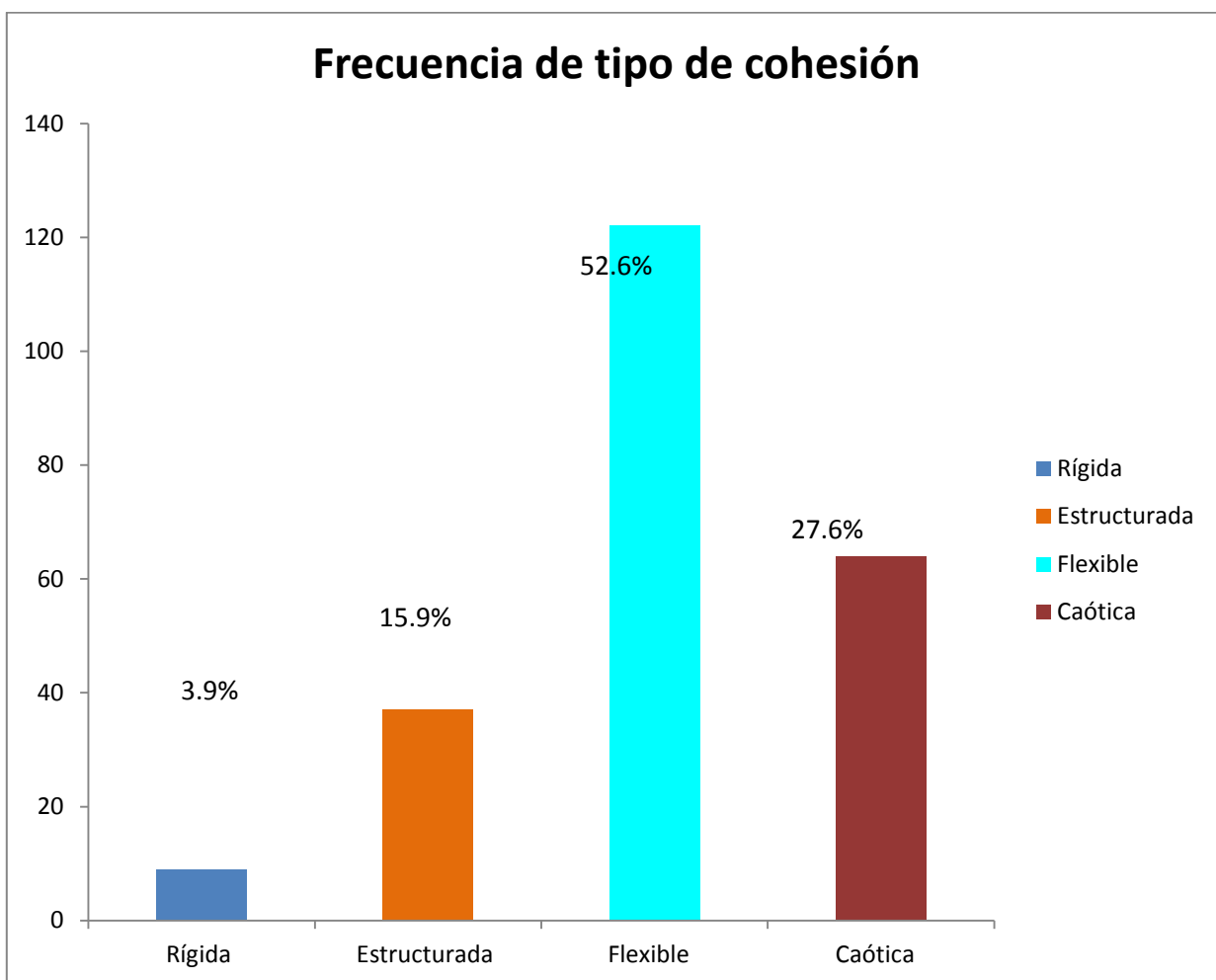
FRECUENCIA DE ACUERDO A TIPO DE ADAPTABILIDAD		
Adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rígida	25	10.3%
Estructurada	100	43.1%
Flexible	54	23.3%
Caótica	53	22.8%



Cuadro 5 Frecuencia de acuerdo a tipo de adaptabilidad.

FRECUENCIA DE ACUERDO A TIPO DE COHESION

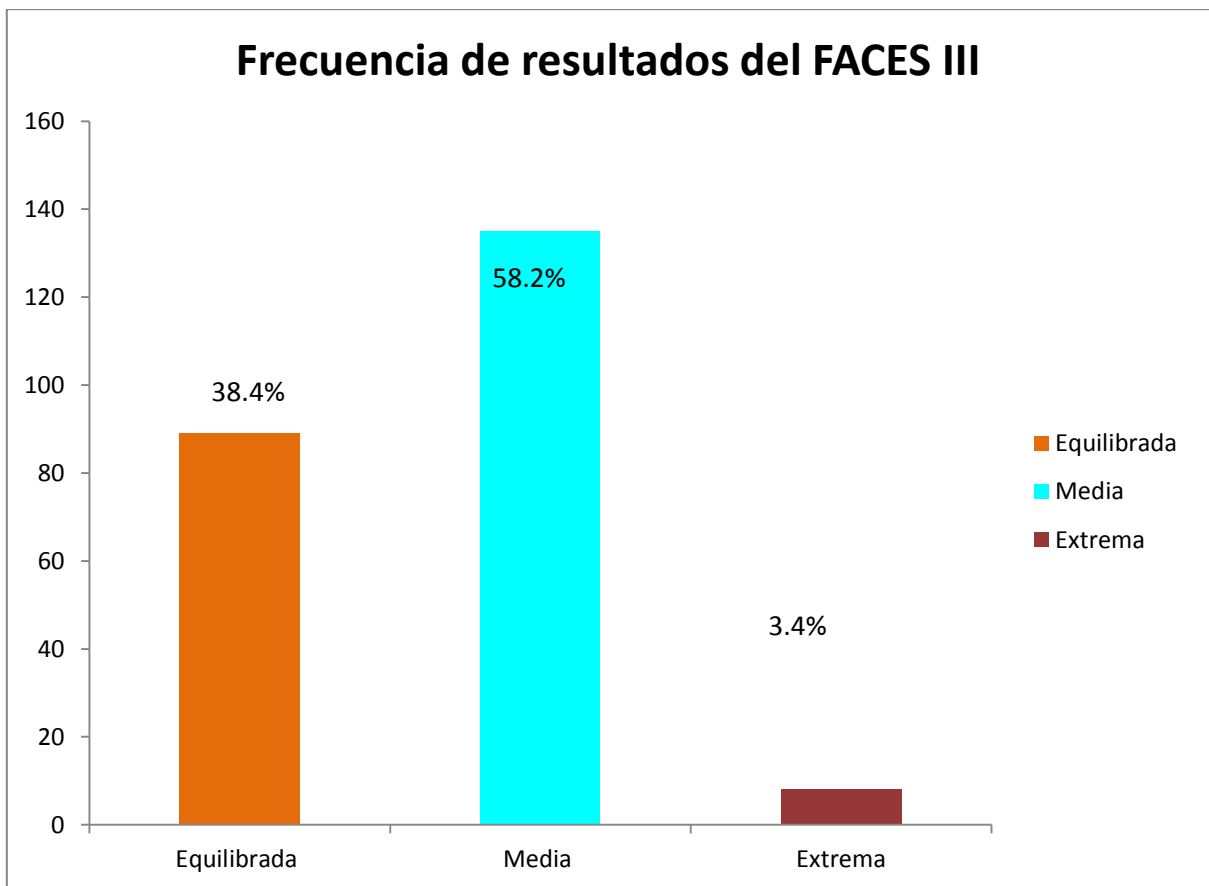
FRECUENCIA DE ACUERDO A TIPO DE COHESION		
Cohesión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rígida	9	3.9%
Estructurada	37	15.9%
Flexible	122	52.6%
Caótica	64	27.6%



Cuadro 6 Frecuencia de acuerdo a tipo de cohesión.

FRECUENCIA DE ACUERDO AL RESULTADO DEL FACES III

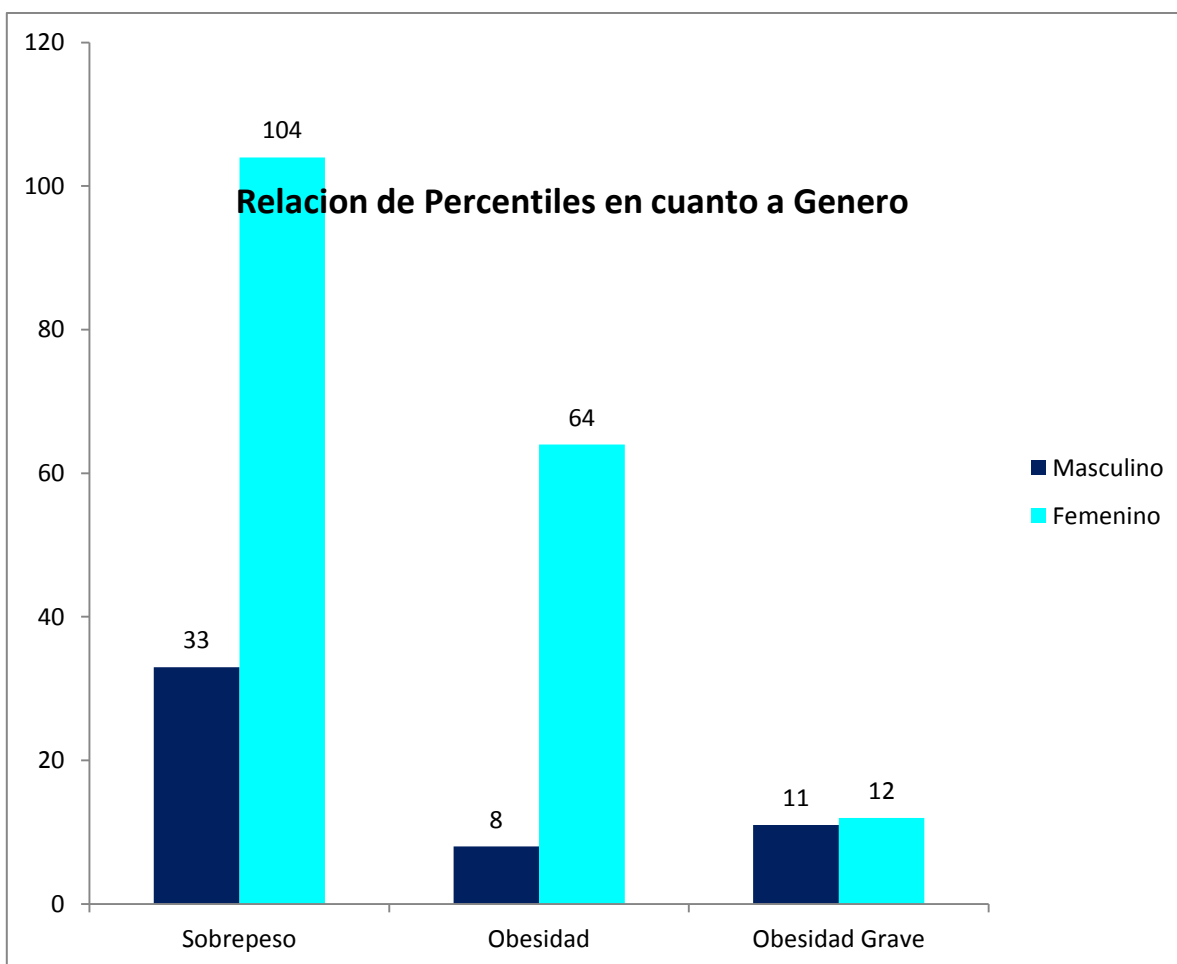
FRECUENCIA DE ACUERDO AL RESULTADO DEL FACES III		
FACES III	Frecuencia	Porcentaje (%)
Equilibrada	89	38.4%
Media	135	58.2%
Extrema	8	3.4%



Cuadro 6 Frecuencia de acuerdo al resultado del FACES III.

RELACION DE LOS PERCENTILES EN CUANTO A GÉNERO

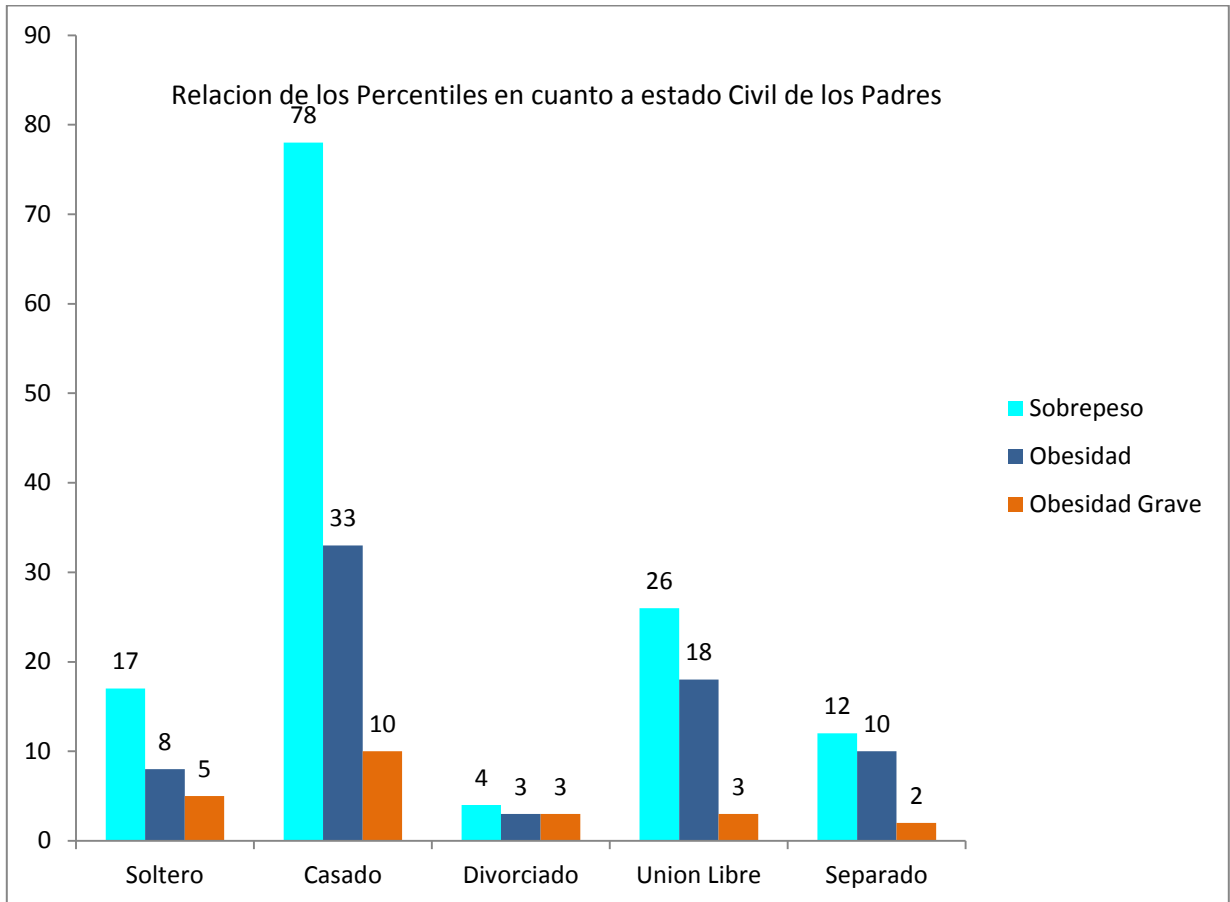
Percentiles	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Sobrepeso	33	24.1%	104	75.9%	137	59.1%
Obesidad	8	11.1%	64	88.9%	72	31%
Obesidad Grave	11	47.8%	12	52.2%	23	9.9%



Cuadro 7. Relación de los percentiles en cuanto a género.

RELACION DE LOS PERCENTILES EN CUANTO A ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.

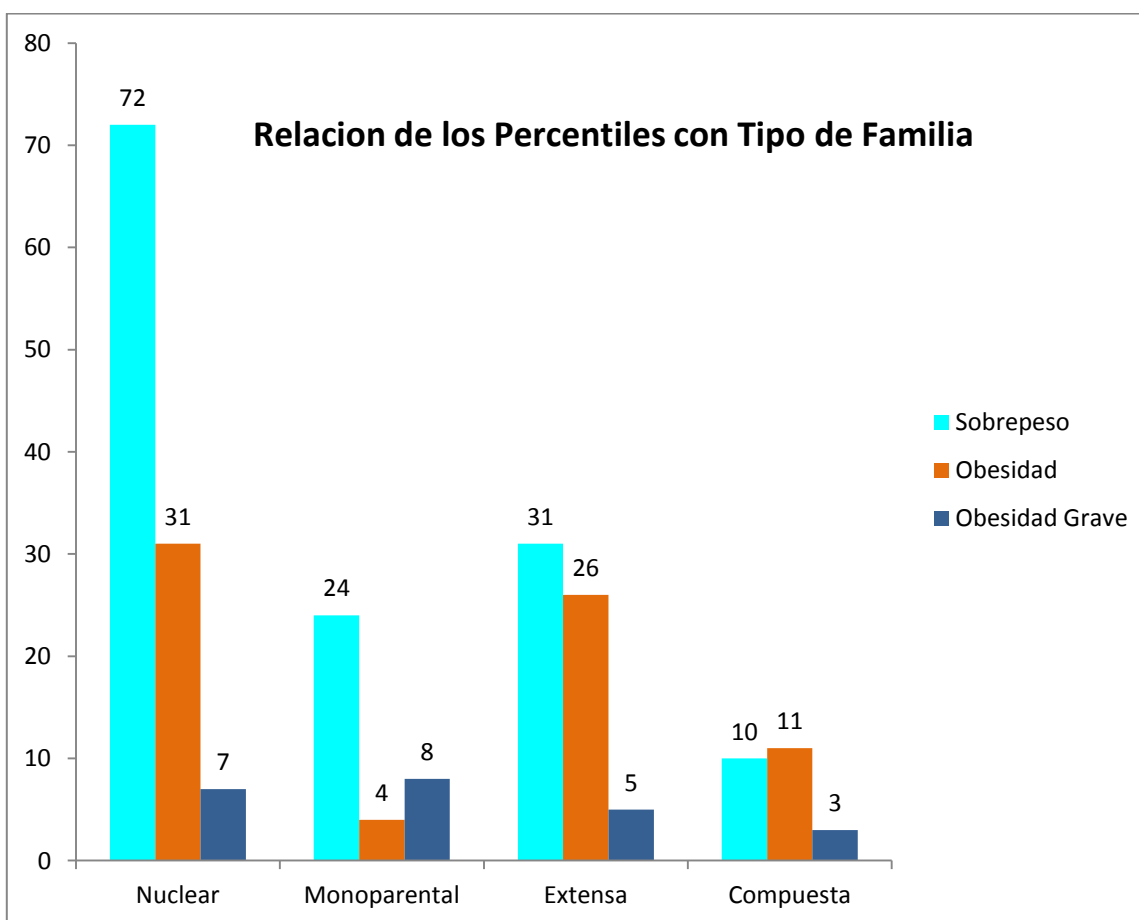
Percentiles	Soltero		Casado		Divorciado		Unión Libre		Separado		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Sobrepeso	17	12.4 %	78	56.9 %	4	2.9 %	26	19%	12	8.8 %	137	59.1 %
Obesidad	8	11.1 %	33	45.8 %	3	4.2 %	18	25%	10	13.9 %	72	31 %
Obesidad Grave	5	21.7 %	10	43.5 %	3	13 %	3	13%	2	8.7 %	23	9.9 %



Cuadro 8. Relación de los Percentiles con Estado Civil de los Padres.

RELACION DE LOS PERCENTILES EN CUANTO A TIPO DE FAMILIA

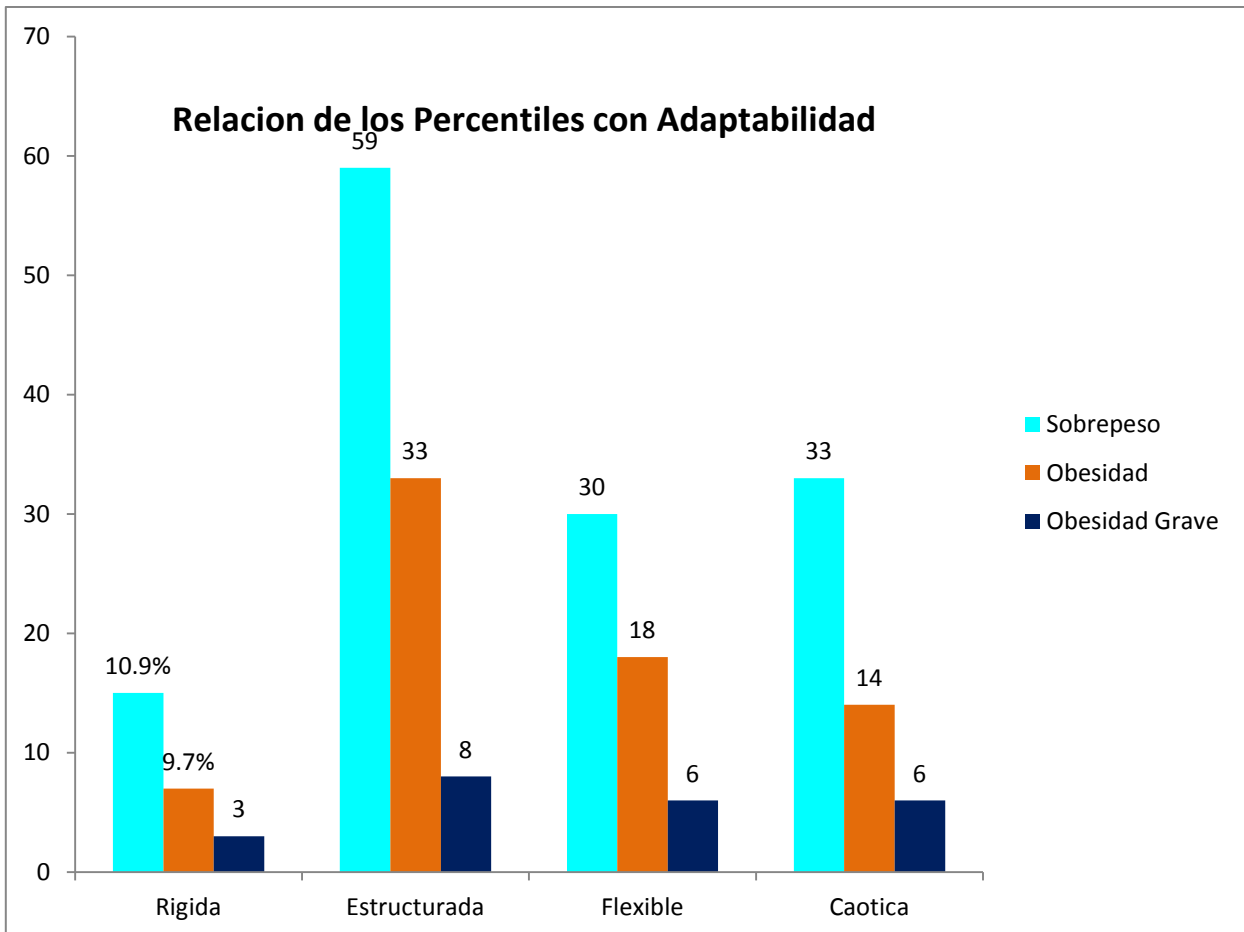
Percentiles	Nuclear		Monoparental		Extensa		Compuesta		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Sobrepeso	72	52.6 %	24	17.5 %	31	22.6 %	10	7.3 %	137	59.1 %
Obesidad	31	43.1 %	4	11.1 %	26	36.1 %	11	15.3 %	72	31 %
Obesidad Grave	7	30.4 %	8	22.2 %	5	21.7 %	3	13 %	23	9.9 %



Cuadro 9. Relación de los Percentiles con Tipo de Familia.

RELACION DE LOS PERCENTILES EN CUANTO A ADAPTABILIDAD

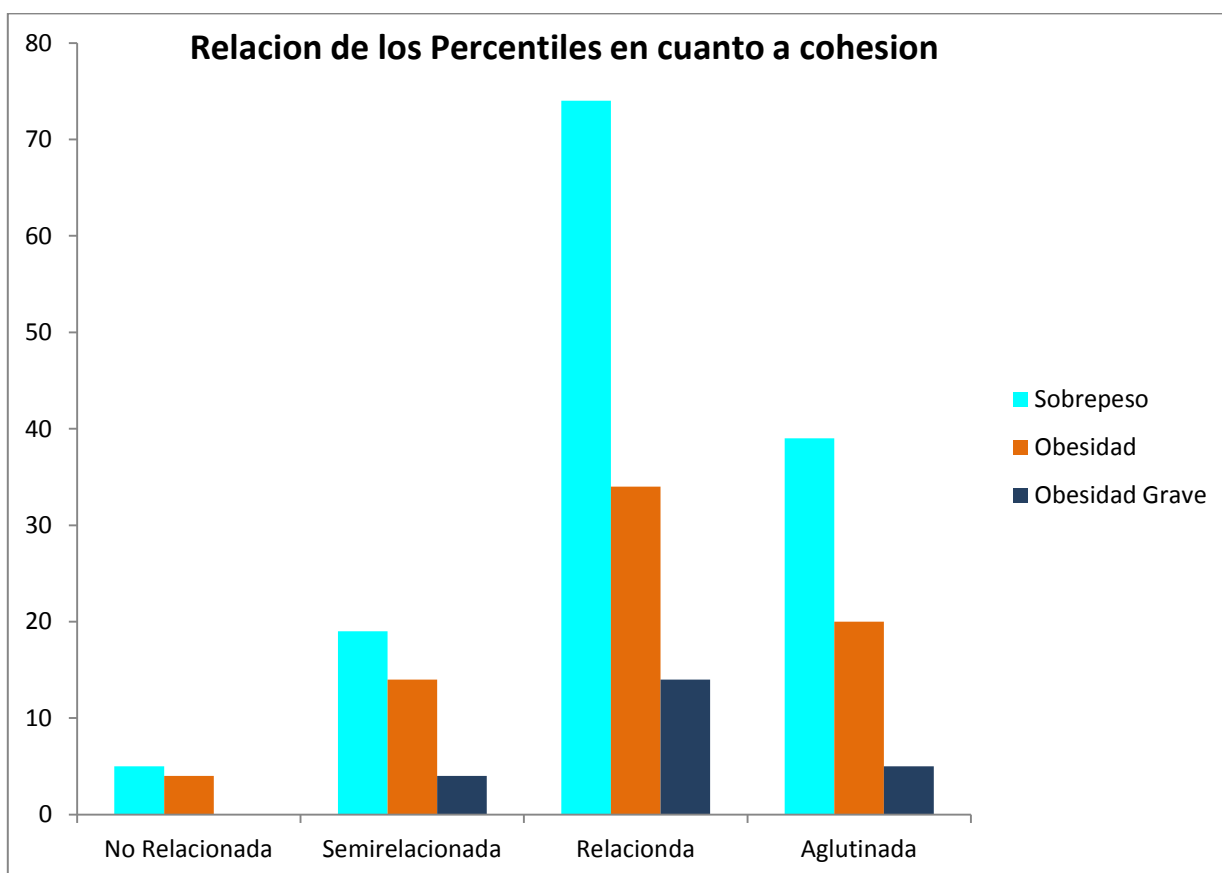
Percentiles	Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Sobrepeso	15	10.9 %	59	43.1 %	30	21.9 %	33	24.1 %	137	59.1 %
Obesidad	7	28 %	33	45.8 %	18	25 %	14	19.4 %	72	31 %
Obesidad Grave	3	13 %	8	34.8 %	6	26.1 %	6	26.1 %	23	9.9 %



Cuadro 10. Relación de los Percentiles con Adaptabilidad.

RELACION DE LOS PERCENTILES EN CUANTO A COHESION

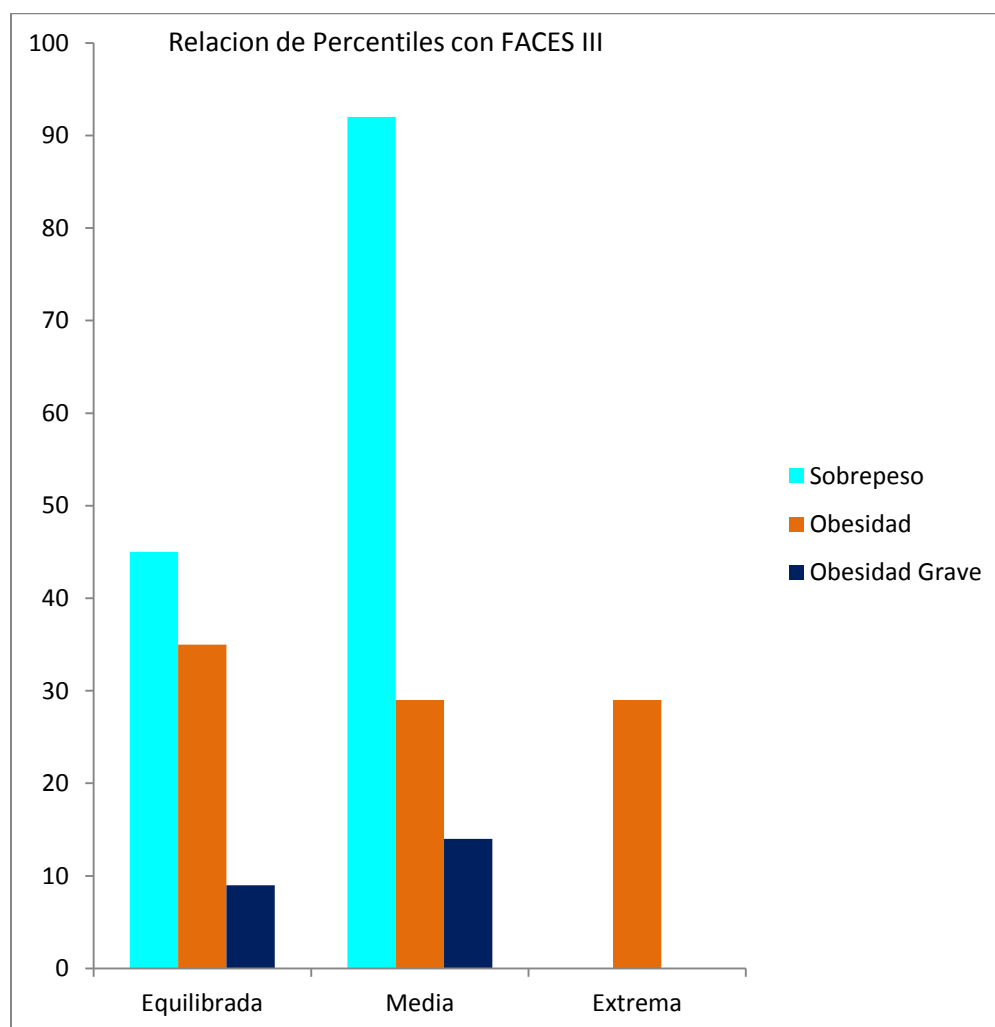
Percentiles	No Relacionada		Semirelacionada		Relacionada		Aglutinada		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Sobrepeso	5	3.6 %	19	13.9 %	74	54 %	39	28.5 %	137	59.1 %
Obesidad	4	5.6 %	14	19.4 %	34	34 %	20	27.8 %	72	31 %
Obesidad Grave	0	0 %	4	17.4 %	14	60.9 %	5	21.7 %	23	9.9 %



Cuadro 11. Relación de los Percentiles con Cohesión.

RELACION DE LOS PERCENTILES EN CUANTO A CALIFICACION FACESIII

Percentiles	Equilibrada		Media		Extrema		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Sobrepeso	45	32.8 %	92	67.2 %	0	0 %	137	59.1 %
Obesidad	35	48.6 %	29	40.3 %	29	34 %	72	31 %
Obesidad Grave	9	31.1 %	14	60.9 %	0	0 %	23	9.9 %



Cuadro 12. Relación de los Percentiles con Calificación del FACES III.

CONCLUSIONES

Después de aplicarles a 232 pacientes (100%) que conforman nuestra muestra, el cuestionario FACES III, 89 pacientes (38.4%) resultaron ser familias equilibradas, 135 pacientes (58.2%) resultaron ser familias medias, y solo 8 (3.4%) resultaron ser familias extremas, lo que concuerda con lo reportado con la literatura nacional y mundial, con respecto a la adaptabilidad y cohesión en familias con sobrepeso, obesidad y obesidad extrema.

Con respecto a percentiles, se encontró una prevalencia mayor en el rubro de sobrepeso 137 pacientes equivalente al 59% de los niños estudiados. Contra 72 pacientes con obesidad (31%) y 23 con obesidad grave (9.9%). Dato también relacionado con la literatura encontrada.

En lo que respecta al género, ambos sexos tuvieron prevalencia en sobrepeso con 104 niñas (57.8%) y 33 niños (63.5%), cabe señalar que en el rubro de obesidad Grave los niños presentaron mayor prevalencia con 11 equivalente al 21.2% contra 12 (6.%) de las niñas.

En lo que respecta al estado civil de los padres, se encontró mayor número de pacientes con padres casados representando poco más de la mitad 121 (52.2%) y en el rubro de divorciados se encontró la menor proporción con el 4.3%.

El tipo de familia que predominó fue la nuclear con 110 representando el 47.4%, seguida de familias extensas 62, 26.7%. Monoparental 36 (15.5%) y la que se encontró en último lugar fueron las familias compuestas 24 (10.3%).

En cuanto a la sección del FACES III de adaptabilidad, se encontró que hay predominio en familias estructuradas 100 (43,1%) y las caóticas fueron las de menor proporción con 53 familias, representando (22.8%).

En la sección del FACES III de cohesión, encontramos una clara prevalencia de familias relacionadas 122 (52.6%), seguida de familias aglutinadas 64 (27.6%), posteriormente semirelacionadas 37 (15.9%) y por último las no relacionadas con 9 (3.9%).

se concluye además, que en el percentil relacionado con sexo, los pacientes con sobrepeso y obesidad hay una marcada diferencia en el género femenino, sin embargo en los pacientes con obesidad grave.

En la relación percentil FACES III, los niños que sufren sobrepeso 92 familias (67.2%) medias, 45 (32.8%) equilibradas y no se encontraron familias extremas. En los niños con obesidad predominaron las familias equilibradas 35(48.6%), rango muy cerrado con las familias medias 29 (40.3%), en las familias con niños con obesidad grave tuvieron mayor índice en las medias 14 (60.9%), 9 (39.1%), y no se encontraron familias extremas.

En el apartado que relaciona los percentiles con tipo de familia, los niños con sobrepeso la mayoría pertenecía a nucleares 72 (52.6%), los niños con obesidad se encontró con la mayor proporción a familias nucleares 31 (41.3%) y en pacientes con obesidad grave. predominó en familias monoparentales 8 (34.8%). En la relación de percentil con estado civil de los padres, se obtuvo un resultado para niños con sobrepeso, obesidad y obesidad grave, con ambos padres casados, 78 (56.9%), 33 (45.8%) y 10 (43.5%) respectivamente, posteriormente para niños con sobrepeso y obesidad, padre en unión libre, pero en obesidad grave predominaron los padres solteros, seguido de los casados.

Con los resultados obtenidos se pudo aceptar la hipótesis nula y se descarta la hipótesis alterna, concluyéndose que los pacientes con sobrepeso, obesidad y obesidad grave adscritos al Hospital General de Zona #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" tienen una adaptabilidad y cohesión media.

DISCUSIONES

Son numerosos los factores externos al niño que están involucrados en la patogénesis de la obesidad. Entre ellos destacan: el exceso de alimentación durante el período prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), Comparado con el presente trabajo, predominaron las familias con padres casados. Y familias nucleares.

En un estudio encontrado, relacionaron el nivel socioeconómico (clase social baja en los países desarrollados y clase social alta en países en vías de desarrollo, la población adscrita a la unidad HGZ/UMF 8, representada como urbana y de clase media, media baja.

Un factor ambiental que se ha relacionado con un aumento de la obesidad en nuestra sociedad es ver la televisión durante muchas horas. Datos del National Health Examination Survey y también de nuestra propia experiencia (datos no publicados) han demostrado que el número de horas que se ve la televisión tiene una relación directa con el riesgo de obesidad. Además, en adolescentes, la televisión es el factor predictor de obesidad más importante y muestra un efecto dosis-respuesta, probablemente relacionado con la adaptabilidad y cohesión de cada familia ya que el tiempo de televisión de cada niño se ve afectado con la relación que lleva con los padres, así como el tipo de familia.

Es importante reconocer que el abrupto incremento de la obesidad en las últimas décadas, así como su presencia en todas las latitudes, obedece a cambios en la forma de vivir de las personas, la relación que existe entre ellos. Y los cambios de roles ante cada situación, es por ello que se realizó este trabajo.

Existe la posibilidad de revertir la tendencia y tener la epidemia bajo control. Pero esto sólo se puede conseguir mediante una actuación exhaustiva, ya que las raíces del problema se hallan en factores sociales, económicos y ambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas, encontradas desde su hogar analizando su núcleo familiar y el cómo están relacionados.

Par el mejoramiento de este problema, se debe construir sociedades en las que los estilos de vida saludables, vinculados a la alimentación y a la actividad física conociendo en un principio la dinámica familiar.

Se requiere incrementar el interés de las instancias de salud implementando estrategias desde el primer nivel de atención, implicando cambios en el microambiente o macroambiente, así como aumentar la prevención, detección y tratamiento.

La presente investigación encontró que las familias medias predominan en la población del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, sin embargo nos ayuda a darnos una idea de cómo podemos abordar de manera oportuna desde el microambiente a las familias que requieren de intervenciones por parte del primer nivel de salud para mejorar su adaptabilidad y su cohesión.

BIBLIOGRAFIA

1. C. Azcona San Julián. Obesidad Infantil. Rev Española de Obesidad. 2005; 3 (1): 26-39.
2. Cherner Noelia. Comportamiento de la relación entre índice de masa corporal y antecedentes familiares en niños de 5 a 13 años de la ciudad de rosario. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Invenio, vol. 13, núm. 25, noviembre, 2010, pp. 135-144.
3. Consenso: Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad. Arch.argent.pediatr 2005; 103 pag. 263 – 281.
4. J. Dalmau Serraa, Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. An Pediatr (Barc). 2007;66(3):294-304.
5. Cuadernos de Pediatría Social. Obesidad Infantil. Sociedad de Pediatría Social. Número 14, junio 2011. Pags.1-34.
6. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Obesidad Infantil. Secretaria de Salud. México Noviembre 2006. Pag. 1-6.
7. Ricardo Jorge Hernández Herrera. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en 407 niños en el Noreste Mexicano. Medicina Universitaria 2011;13(51):79-83.
8. Margarita Barrientos Pérez. ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención. Medigraphic Artemisa. Vol. 65, noviembre-diciembre 2008.
9. Domínguez Vásquez P. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutricion. Vol. 58 Nº 3, 2008. Pag 249-255.
10. Enrique Romero-Velarde, Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad, salud pública de México / vol.49, no.2, marzo-abril de 2007. Pag. 103-108.
11. LA Mendoza Solis. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. Enero-abril año/vol 8 núm. 001. Asociación Latinoamericana de profesores de Medicina Familiar. AC México, pag. 22-32.
12. Alejandro Sánchez Reyes. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(2):82-88.
13. Jaime Ernesto Vargas Mendoza. Escuela para Padres: El Funcionamiento Familiar. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 19-22.}
14. Fernández Segura M E, Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Rev Foro Pediátrico,2005; vol II, sup 1: 61-69.
15. Vanina Schmidt. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología, Vol. 3, nº 2, pp. 30-36.

16. O'Donnell, A. et al. *Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?* Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), Buenos Aires, Argentina. 2005.
17. Chiolo A, Lasserre AM, Paccaud F, Bovet P. Childhood obesity: definition, consequences, and prevalence. *Rev Med Suisse*. 2007 May 16;3 (111):1262-9.
18. García Fuentes. *Obesidad infantil en España. Epidemiología, comorbilidades y prevención con especial referencia a la población adolescente.* En: *Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad (SIAS-6)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad de Pediatría Social, 2007. pp: 211-226.
19. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México, D.F., pp: 94-97.
20. José Luis Huerta González. *La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad.* Biblioteca de Medicina Familiar. Edit afil 2005. cap 3 Pag. 98-101.
21. Gamez Eternod. *Introducción a la Pediatría.* Méndez Editores. Año 2006, 7ª edición.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF N 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
CUESTIONARIO DE DATOS
Para la participación en el proyecto:



**“EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR
EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF#8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO. “**

NUMERO DE FOLIO: _____

NUMERO DE AFILIACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS _____ MESES

SEXO: 1() MASCULINO 2 () FEMENINO

PESO: _____ KG TALLA: _____ MTS. PERCENTIL: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____ AÑOS

DATOS GENERALES DEL TUTOR

SEXO: 1() MASCULINO 2 () FEMENINO

ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () DIVORCIADO () VIUDO () UNION LIBRE ()
SEPARADO ().

NUMERO DE HIJOS () VIVOS

PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA ()

PARENTESCO:

CUESTIONARIO FACES III

Para la participación en el proyecto:

**“EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR
EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF#8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO. “**

NOMBRE DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

Lea cuidadosamente cada pregunta.

Las preguntas de esta prueba hace referencia a aspectos de la función familiar no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

En cada pregunta, elija una alternativa que sea cierta para usted y señale la letra que tiene delante. De solamente una respuesta a cada una pregunta. Si desea cambias una respuesta, anula la dada anteriormente y marque la nueva.

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Algunas Veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describa a su Familia

- ____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- ____ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- ____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- ____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- ____ 5. Nos gusta convivir solo con las familiares más cercanos
- ____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- ____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- ____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- ____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- ____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- ____ 11. Nos sentimos muy unidos
- ____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- ____ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
- ____ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- ____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- ____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- ____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- ____ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- ____ 19. La unión familiar es muy importante
- ____ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF N 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Para la participación en el proyecto:



**“EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR
EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL HGZ/UMF#8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO. “**

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE:

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON SOBREPESO y OBESIDAD INFANTIL HGZ/UMF N 8.” El objetivo de este estudio es conocer la funcionalidad familiar de los pacientes escolares con obesidad y sobrepeso. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario en donde se eligen opciones según mi percepción de cada pregunta.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios Conocer el nivel de función familiar, inconvenientes y molestias como es el disponer de tiempo suficiente para responder el cuestionario. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de lo que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del Tutor

Nombre y firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo