



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

**FRECUENCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN  
RELACIÓN AL GRADO DE APOYO FAMILIAR EN LOS NIÑOS OBESOS EN  
ETAPA ESCOLAR DE LA UMF 33 "EL ROSARIO"**

TESIS  
PARA OBTENER EL TITULO DE

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DRA. RUBI IVONNE SÁNCHEZ SERNA**  
MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR CON SEDE EN LA UMF N. 33 EL ROSARIO

ASESOR DE TESIS:  
**DRA. MONICA SÁNCHEZ CORONA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR  
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF N. 33 EL ROSARIO

**MÉXICO D.F., FEBRERO 2014**



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.

# TESIS

---

## ASESORA DE TESIS

---

**DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA**

ENC. COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN  
SALUD  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 "EL ROSARIO"

# TESIS

---

## AUTORIZACIONES

---

DRA. MONICA SANCHEZ CORONA  
ENC. COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN  
SALUD.  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 "EL ROSARIO"

---

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 "EL ROSARIO"

---

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 "EL ROSARIO"

# TESIS

---

## AUTOR DE TESIS

---

**DRA. RUBI IVONNE SÁNCHEZ**

MEDICO RESIDENTE DEL 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33 "EL ROSARIO"

# TESIS

---

## AGRADECIMIENTOS

*Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amor, amistad, apoyo, ánimo, compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón. Sin importar en dónde estén o si alguna vez llegan a leer estas palabras quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.*

### *Mami y Papi*

*No tengo palabras para agradecerles todo lo que han hecho por mí, quiero expresarles mi gratitud por todos los sacrificios que han realizado para formar a esta persona que soy ahora. Gracias por todo el amor, apoyo incondicional y enseñanzas que me han proporcionado. Nunca hubiera logrado ser la persona que soy ahora sin ustedes. Los amo.*

### *Hermanita*

*Gracias por ser existir en mi vida, por ser el pedido 1988 jajaja, le diste luz y alegría a mi infancia, adolescencia y adultez, gracias por ser mi compañera y amiga del alma, y por tus consejos. Te amo.*

### *A Mi familia*

*Tía Adriana, Tía Irene, tíos, tías, primos y primas, abuelitos, gracias por su apoyo, cuidado y por esas reuniones familiares tan bonitas y llenas de risas y alegría, los amo.*

### *Amigos*

*Sandy, Viri, Olga, Rosa, Jessi, Chayo, Checo, Paco, Jehú, Hum, Luli, gracias por su apoyo, consejos, diversión y compañía en las buenas y en las malas, sobre todo por hacer el trabajo más ligero y agradable en las guardias. Olgui y Mark gracias por hacer mi residencia especial, divertida y trabajar siempre en equipo. Espero tenerlos cerca el resto de mi vida.*

### *Dra. Moni Sánchez*

*Gracias por su asesoría, apoyo, esfuerzo y dedicación que ha dado a nuestra formación médica en esta especialidad tan hermosa. Gracias por el tiempo que me dio a pesar de esas largas juntas.*

### *Nueva familia*

*Gracias Nita, Alfredo, Iván, Katya (I), Tía Paty, Pera por integrarme a esta bonita familia y apoyarme en todo momento.*

### *Carlitos*

*Amor mío... doy gracias a Dios por permitirme encontrarte en mi camino, por ser mi impulso durante mi especialidad y ser el pilar principal para la culminación de la misma, que con tu apoyo constante, tu amor incondicional has sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento, gracias por ser mi compañero de vida, TE AMO!!! ERES INCREIBLE, GRACIAS POR EXISTIR.*

**GRACIAS DIOS POR BENDECIR, DAR LUZ, ALEGRÍA Y AMOR A MI VIDA**

# TESIS

---

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS GENERALES ESPECIFICOS</b>	<b>10</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>TABLAS Y GRÁFICAS</b>	<b>12</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS INSTRUMENTOS CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>25</b>

## **Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33“El Rosario”**

Sánchez Serna Rubí Ivonne <sup>(1)</sup> Mónica Sánchez Corona<sup>(2)</sup>

**INTRODUCCIÓN.**La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes mundialmente.En México,la prevalencia de obesidad es de 26% en niños de 5 a 11 años de edad.Se ha visto que los niños obesos que inician tratamiento nutricional,en la mayoría fracasa.Por ello se ha estudiado la problemática encontrando que la familia como red de apoyo social favorece el cumplimiento de la terapéutica.**OBJETIVO.**Conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33“El Rosario”.**MATERIAL Y MÉTODOS:**Estudio de tipo observacional,transversal,prospectivo,descriptivo.El tamaño de la muestra fue de 32 pacientes con características de encontrarse en tratamiento nutricional por obesidad en el servicio de Nutrición ambos turnos,encontrarse entre 7 y 11 años de edad,pertenecer a la UMF 33.Se les aplicó un instrumento de medición *ex profeso* a los padres y otro a los niños,para obtener datos sociodemográficos,nivel de apoyo familiar,y grado de adherencia terapéutica nutricional.Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de resultados.**RESULTADOS:**Se encontró que 53.12% de los niños no fueron adherentes,46.87%fueron adherentes.El 43.75% tuvo alto apoyo familiar,25% medio apoyo familiar y el 31.25%bajo apoyo familiar.Chi cuadrada 14.6005 gl2,valor p=0.0007.**CONCLUSIONES:**Se encontró que a mayor apoyo familiar,mayor es la adherencia al tratamiento nutricional en niños obesos escolares.

**PALABRAS CLAVE:**Obesidad,adherencia terapéutica nutricional,apoyo familiar.

(1) Med.Res3°Med.Fam.UMF33

(2) Prof.Titular Curso Esp.Med.Fam.UMF33



## INTRODUCCIÓN

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes mundialmente. Estudios realizados en distintos países demuestran que el 5-10% de los niños de edad escolar son obesos. En México, Ensanut-2012 muestra una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 26% en niños de 5 a 11 años de edad. Por ello, se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia al tratamiento, destacando, entre otros factores, el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica. Existen diferentes estudios que analizan la frecuencia de adherencia terapéutica y sus probables factores desencadenantes como son Lancho Páez y cols (2010) que realizaron un estudio de identificación de la adherencia al tratamiento nutricional en personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2), donde no se observó adherencia a las recomendaciones nutricionales, relacionado a múltiples factores donde destacan el apoyo familiar. En el 2009, Ruiz Nava y cols describen y determinan el grado de adherencia al tratamiento en niños y niñas con VIH/SIDA. Los resultados muestran la presencia de conductas de adherencia terapéutica en los participantes del estudio, como aspectos centrales destaca la importancia del apoyo familiar principalmente por el cuidador primario en la adherencia terapéutica. Por lo anterior, es importante conocer acerca del apoyo familiar y la relación que existe con la adherencia al tratamiento nutricional, las cuales se pueden medir con escalas, por ejemplo para la medición de apoyo familiar en niños existe la Escala de Percepción de Apoyo Social Familiar (PSS-Fa) que ha sido utilizado en varios estudios y cuenta con criterios de validez. En cuanto a la medición de adherencia al tratamiento nutricional existe el Cuestionario de Adherencia al tratamiento nutricional, que ha sido utilizado en varios estudios. En el presente estudio, se conoció la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar. Se encontró que de los 32 niños estudiados más del 50% no tuvo adherencia al tratamiento nutricional, datos similares al estudio de Lancho Páez, 2010, encontrando que no hubo adherencia completa a las recomendaciones nutricionales mayor al 70% de los pacientes con DM2. En otro estudio de González LZ, 2007, que determinó la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad o sobrepeso de 20 a 50 años de edad se observó que el 68% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes al tratamiento nutricional.

Por otro lado, en este estudio se obtuvo que más del 40% de los niños percibió alto grado de apoyo familiar, 25% percibió un medio apoyo familiar y más del 30% percibió bajo apoyo familiar, datos diferentes al estudio de Olvera AS y cols, donde se encontró que niños con VIH tenían el 63% alto apoyo familiar el 36.7% de regular apoyo familiar y el 0% bajo apoyo familiar, también observaron gran relación entre el grado de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento sea farmacológico o no. Se concluye en este estudio que la mayoría de los niños no fue adherente al tratamiento nutricional, esto relacionado al bajo apoyo familiar que perciben, lo cual es de gran relevancia en la atención médico-familiar, ya que al identificarlo, podemos incidir en la corrección de aspectos en la dinámica familiar, y con ello otorgar un manejo integral a nuestro paciente y a su familia, logrando así el objetivo de mantener una adecuada adherencia al tratamiento y llegar a la meta de la pérdida de peso y así evitar complicaciones, destacando las enfermedades crónico degenerativas a temprana edad; además, este estudio puede dar pie a una línea de investigación en el ámbito familiar y generar mejores programas que estén enfocados a niños con obesidad debido a que en la actualidad no contamos con ellos.

## MARCO TEÓRICO

La obesidad es la enfermedad nutricional mas frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados, aunque no se limita a estos. Estudios recientes realizados en distintos países demuestran que el 5-10% de los niños de edad escolar son obesos, en los adolescentes la proporción aumenta hasta situarse en cifras del 10-20%.<sup>(1, 2, 3)</sup>

Además, la frecuencia tiende a aumentar en los países desarrollados, constituyendo la obesidad un problema sanitario de primer orden, al ser un factor común de riesgo para diversas patologías como son la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la hipertensión arterial.<sup>(1)</sup>

En México, datos de la Ensanut-2012 muestran una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 26% en niños de 5 a 11 años de edad, sin cambios en los últimos 6 años.<sup>(5)</sup>

Es conocido que la etiología de la obesidad es multifactorial y en ella influyen factores genéticos y ambientales que condicionan un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía. Se ha señalado que entre los factores ambientales, la convivencia en el seno familiar podría favorecer el desarrollo de obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes, en ocasiones favoreciendo un franco ambiente “obesógeno”. Así, en el contexto de una sociedad obesogénica, el tratamiento de la obesidad infantil es un difícil desafío, pues requiere cambios permanentes a nivel individual, familiar y social. Por ello se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia al tratamiento, destacando entre otros factores, el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material.<sup>(6)</sup>

Está claramente demostrada una tendencia familiar hacia la obesidad; casi siempre los niños obesos son hijos de padres obesos. El tamaño de la familia es otro factor de riesgo importante para la obesidad infantil, pues la frecuencia de aparición de ésta guarda una relación inversa con el número de hijos. El 19.4% de los únicos son obesos, contra el 8.8% de los hijos de familias de más de cuatro hijos.<sup>(7)</sup>

Los datos que demostraron el aumento de los factores de riesgo cardiovascular, las primeras alteraciones ateroscleróticas coronarias en los niños y los adolescentes y la impronta temprana de las preferencias alimentarias en los preescolares subrayan la importancia de llevar a cabo un asesoramiento nutricional informado y pautado.<sup>(4,8)</sup>

En los últimos años, se ha discutido ampliamente sobre el significado de términos como cumplimiento y adherencia, siendo elementos fundamentales en el tratamiento clínico de cualquier paciente.

En general, la adherencia al tratamiento nutricional implica que el paciente se involucre de manera activa, voluntaria y colaborativa en una conducta recomendable acordada con el profesional de la salud para lograr el objetivo del tratamiento nutricional, y va más allá del cumplimiento o la obediencia al tratamiento.

La adherencia incluye en su definición el acuerdo y la elección, por parte del paciente, en el proceso de establecimiento de metas dentro del plan de tratamiento. Para adherirse, el paciente debe internalizar las recomendaciones terapéuticas. Se ha establecido que la adherencia no es unidimensional sino multidimensional, ya que el paciente puede adherirse bien a algún componente del tratamiento y no adherirse a otros. <sup>(9)</sup>

En el caso de los niños, el cuidador primario cumple un papel fundamental dentro de su adherencia al tratamiento. Según Pinto, Ortiz y Sánchez (2005), el cuidador es aquel que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Él participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad. Correa, Salazar y Arrivillaga (2007) entienden a la familia como un factor fundamental a lo largo de todo el proceso que afrontan las personas con alguna enfermedad. En estudios realizados a niños (Gretchen et al 2004) con VIH destaca la importancia que tiene el cuidador de niños con una enfermedad crónica, encontrando que la no adherencia al tratamiento de niños y niñas con VIH, se debe a los cuidadores, por lo tanto, ellos deben contar con recursos que les permita ayudar al niño y niña a adherirse a un plan sano del tratamiento. En casos en los que el cuidador no puede ofrecer estos cuidados, es necesario considerar que el niño y niña sea protegido por otras personas. <sup>(10)</sup>

Estudios han demostrado la importancia de las influencias paternas y la formación de hábitos saludables en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos. La madre, como primera cuidadora, proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se plantea además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos. <sup>(11)</sup>

En el caso de niños obesos que se encuentran en tratamiento nutricional la adherencia es un requisito para que los avances científicos y terapéuticos generen resultados positivos en el tratamiento de dicha enfermedad. Diversos estudios mencionan que las consecuencias médicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas, entre las que se pueden mencionar la falta de respuesta terapéutica con retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones.; así como la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento.

Para la medición de la adherencia al tratamiento nutricional existe el Cuestionario de Adherencia al tratamiento nutricional. Con base en el consenso obtenido de un grupo de expertos (ND) dedicado a la atención de estos pacientes, se clasificaron como adherentes aquellos que obtuvieron un puntaje total mayor o igual a 24 puntos (una valoración mínima de 4 en cada ítem, con un puntaje máximo de 30). <sup>(12)</sup>

Por otro lado la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el niño, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.

La familia es un sistema abierto, influido por factores externos, con repercusiones en los subsistemas que se encuentran dentro de ella (madre-padre, padre-hijo, hermanos) o en el individuo (cada miembro que conforma la familia).

La manera como cada familia enfrenta y resuelve sus problemas determina el nivel de apoyo que reciben estos pacientes.

El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. <sup>(13)</sup>

El apoyo familiar se define como aquellas acciones que realizan uno o varios miembros del contexto familiar (desde la perspectiva del concepto de familia utilizado en este documento), que favorecen los procesos de enseñanza y de aprendizaje del niño considerando las características personales y sociales. (14)

Para los profesionales de la salud mental es importante que la familia se encuentre involucrada en el tratamiento de la obesidad. Al respecto se realizó un estudio del comportamiento basado en la familia en donde se demostró que el apoyo de la familia es de fundamental importancia para modificar los comportamientos del comer y de la actividad y se sugieren diferencias importantes entre los acercamientos tempranos basados en la familia, también se encontró que cuando se dirigieron a los padres para bajar de peso, también en los niños se demostró una disminución del mismo. <sup>(11)</sup>

Con respecto a la medición del apoyo familiar existe la Escala de Percepción de Apoyo Social Familiar (Perceived Social Support from Family <PSS-Fa>). Que ha sido utilizado en varios estudios y cuenta con criterios de validez. Ha sido traducida al español y adaptadas al español mexicano (Domínguez Espinosa, Salas Menotti & Procidano, 2009). <sup>(15)</sup>

Lo anterior denota los importantes retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen al niño y a la familia a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica nutricional, tomando como base la premisa de que la familia constituye la unidad de reproducción social y mantenimiento de la especie humana, y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En el año 2010, Lancho Páez y cols realizaron un estudio de identificación de la adherencia al tratamiento nutricional, fue descriptivo transversal realizado con un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 afiliados a la Asociación Colombiana de Diabetes, en quienes se evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tratamiento y se relacionaron con el consumo de calorías y macronutrientes. Los resultados: no se observó adherencia completa a las recomendaciones nutricionales, el 30% de los participantes se adhirió a la prescripción de calorías, 13% a la de carbohidratos, 23% a la de grasa y 3% a la de proteína.

Los conocimientos sobre la enfermedad fueron suficientes, pero los relacionados con el intercambio de alimentos no lo fueron; se encontraron actitudes positivas en la mayoría de los participantes y menos de la mitad refirió prácticas adecuadas. Los resultados de este estudio indican que la adherencia de las personas con diabetes tipo 2 a las recomendaciones de calorías y macronutrientes fue baja y o tuvo una relación estadísticamente significativa con los conocimientos, las actitudes o las prácticas. La adherencia terapéutica es un fenómeno múltiple y complejo que implica una diversidad de conductas en las personas, las cuales tal vez no pueden ser explicadas únicamente por los componentes del modelo CAP's. Es importante continuar con el estudio de metodologías que permitan realizar una estimación de la adherencia al tratamiento nutricional e identificar las variables que la condicionan. <sup>(16)</sup>

En el 2009 Ruiz Nava y cols describen y determinan el grado de adherencia al tratamiento en niños y niñas con VIH/SIDA teniendo en cuenta los comportamientos y las variables asociadas a ésta. La muestra estuvo conformada por 1 niño y 5 niñas, diagnosticados con VIH, y su respectivo cuidador primario, quienes respondieron a la entrevista semiestructurada de evaluación de adherencia para niños y niñas con VIH/SIDA ad hoc y a la entrevista semiestructurada de evaluación de adherencia para niños y niñas con VIH/SIDA versión cuidador primario ad hoc, respectivamente. Los resultados muestran la presencia de conductas de adherencia en los participantes del estudio, evidenciando la influencia de una serie de variables determinantes para este comportamiento. Cinco de los participantes cumplieron más del 95% de adherencia, mientras que uno se ubicó por debajo de este porcentaje. Como aspectos centrales se destacan la influencia de los estados emocionales en la toma del medicamento y la importancia del rol del cuidador primario en la adherencia. <sup>(10)</sup>

En el 2009 Olvera AS y cols realizaron un estudio descriptivo, transversal, correlacional aplicado a personas hipertensas de la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCIH). Se aplicaron los Instrumentos para medir el estilo de vida (IMEVID) ( $\alpha = 0.81$ ) y la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF), ( $\alpha = 0.83$ ). Se observó que la mayoría tienen más de 55 años, son casados y padecen hipertensión arterial desde hace más de 30 años. Más de la tercera parte combina medicamentos, ejercicio y dieta para controlar su enfermedad, pero algunos utilizan sólo medicamentos. Asimismo, el 46.7% tiene un nivel socioeconómico bajo y el 33.3% sólo tienen primaria. El 73% de la población tiene alta adherencia terapéutica y el 63.3% alto apoyo familiar. La  $r$  de Spearman obtenida para estas variables fue de 0.643 ( $p = 0.000$ ). No existe ninguna asociación entre las variables demográficas y la adherencia terapéutica. El apoyo familiar es un factor importante para el éxito del tratamiento, destacando que ni las cuestiones económicas, edad, nivel académico o estado civil actúan como limitantes para ello. <sup>(17)</sup>

En el 2007 González LZ, determinó la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad o sobrepeso y se examinó la relación entre ésta y variables antropométricas, mediante un estudio transversal en 94 sujetos entre 20 y 50 años seleccionados de forma aleatoria en dos centros de atención nutricional de Medellín. La adherencia al tratamiento nutricional se evaluó aplicando un cuestionario, donde puntajes mayores o iguales a 24 se consideraron como adherentes. <sup>(18)</sup>

Además, se obtuvo información socio-demográfica y antropométrica, previa estandarización de los evaluadores. Se utilizaron medidas descriptivas, prueba de Kolmogorov-Smirnov, Chicuadrado para comparación de proporciones, T de Student o U Mann Whitney para comparación de promedios. El 68% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes al tratamiento nutricional, encontrando diferencias según actividad física ( $p=0,013$ ). El peso promedio ( $p=0,014$ ), Índice de Masa Corporal ( $p=0,026$ ), perímetro de cintura ( $p=0,005$ ) y relación cintura cadera ( $p=0,022$ ), difirieron de acuerdo a la clasificación de adherencia, siendo significativamente más altos en los no adherentes. No hubo diferencias en el porcentaje de masa grasa según adherencia ( $p=0,690$ ), pero se hallaron al controlar por sexo,  $p=0,009$  mujeres y  $p=0,026$  hombres. La adherencia al tratamiento nutricional en pacientes en dieta para reducir de peso, produce cambios significativos en la composición corporal.<sup>(19)</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la obesidad infantil es un problema complejo de salud pública mundial de etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, socioeconómicos, médicos, psicológicos y familiares. Constituyendo la obesidad un problema sanitario de primer orden, al ser un factor común de riesgo para diversas patologías como son la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la hipertensión arterial. Se ha descrito que los niños con obesidad sin importar el género, que conviven en ambientes familiares desfavorables en los que no existe un adecuado apoyo familiar pueden mostrar poca adherencia al tratamiento dietético, por lo que favorece que este problema nutricional continúe creando así ambientes obesinógenos. Para lograr una adecuada adherencia al tratamiento nutricional se ha visto que el apoyo familiar es un pilar importante, ya que se ha comprobado que niños con sobrepeso perciben menor apoyo y comunicación en comparación con los niños con peso normal. Específicamente en lo que respecta a la interacción con las personas encargadas de brindar apoyo y fomentar una comunicación clara en las dinámicas familiares.

Este apoyo puede verse reflejado en conductas como cocinar y preparar los alimentos para el niño, teniendo en cuenta que puede haber niños que realizan el consumo de alimentos sin supervisión o compañía.

Existe un estudio el cual se realizó con base en una muestra calificada, conformada por 56 profesionales en Nutrición y Dietética de cuatro países: Colombia, España, Chile y Portugal que evaluaron el fracaso de los tratamientos en obesidad, entre los resultados cabe destacar: primer lugar, hábitos alimentarios familiares, seguidos de la influencia de los medios masivos de comunicación, mientras que los dos países Europeos colocaron en la primera posición a los hábitos alimentarios familiares, en segundo lugar, la venta de alimentos hipercalóricos a menores de edad, además se considera de manera especial como responsable a la inactividad física.

A pesar de la amplia difusión a nivel preventivo (en sus niveles primario, secundario y terciario), la obesidad no ha dejado de crecer. De los pacientes que se integran a un plan nutrimental, se estima que la adherencia al tratamiento nutricional de la obesidad es tan solo del 50%. Es más, el 20% de niños obesos aumenta de peso durante los tratamientos tradicionales. Ello supone un fracaso de las estrategias clásicas consistentes, básicamente, en el asesoramiento médico-nutricional de la dieta, ejercicio físico y apoyo familiar. La explicación de este fracaso en el cumplimiento de las indicaciones facultativas es compleja. Factores familiares, dentro de ello el apoyo, psicológicos como la motivación al cambio, estilos disfuncionales de afrontamiento y falta de competencias en las relaciones interpersonales han demostrado estar implicadas en esta refractariedad al tratamiento. Para la medición del apoyo familiar se han utilizado instrumentos como la Escala de apoyo social familiar (PSS Fam) para determinar el grado de apoyo familiar. Así como para la medición de adherencia al tratamiento nutricional se encontró el Cuestionario de adherencia al tratamiento nutricional que ha sido aplicado a población Chilena en pacientes con obesidad o sobrepeso.

Al conocer todos estos datos es importante investigar más sobre esta relación, por lo que me hago la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”?**

## OBJETIVOS

- General:
  - Conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”
- Específicos:
  - Conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación con alto apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”
  - Conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al medio apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”
  - Conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al bajo apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”
  - Determinar las características socio-demográficas como edad, sexo y escolaridad en niños obesos de la UMF 33 “El Rosario”

## HIPÓTESIS

A mayor apoyo familiar más adherencia al tratamiento nutricional de niños obesos escolares.

## MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 perteneciente a la Delegación Norte del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social que otorga atención médica de Primer Nivel.

Se realizó un estudio no experimental de tipo observacional, transversal, prospectivo, descriptivo con el objetivo de determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”. No se realizó cálculo de la muestra ya que se trabajó con la población total de niños con obesidad que acuden al servicio de nutrición (32 niños) de 7 a 11 años de edad, siendo un muestreo no probabilístico de tipo casos consecutivos. Se eligió a cada paciente que cumpliera con los criterios de selección dentro de un intervalo específico hasta alcanzar el tamaño total de la muestra, fueron criterios de inclusión niños con diagnóstico de obesidad de 7 a 11 años de edad, ambos sexos, niños que lleven control nutricional en el servicio de nutrición de la UMF 33, niños obesos derechohabientes, padre o tutor que desee participar en el estudio. Criterios de no inclusión: niños con enfermedades congénitas, genéticas, crónicas, o discapacidad física y/o mental conocida. Criterios de eliminación: niños y padre o tutor que no llenen adecuadamente el formulario.

Se acudió al servicio de Nutrición, accediendo a su base de datos en donde se lleva el registro de todos los pacientes vistos por su servicio. De ahí se obtuvo el total de 32 pacientes del periodo de 01 de enero de 2012 al 31 de octubre de 2013, con características de obesidad (mayor del percentil 95 para sexo y edad), entre 7 y 11 años, obteniendo información adicional como nombre, número de seguridad social y



numero de consultorio, diagnóstico, tratamiento actual, posteriormente se contactaron cuando acudían a su consulta de control mensual.

Se les informó sobre el procedimiento a realizar y se les pidió a los padres o tutores su aprobación proporcionando un cuestionario de conocimiento informado en forma verbal y escrita donde se les explicaron los métodos que se utilizarían en el trabajo de investigación. Contestaron los niños con ayuda de su padre o tutor el cuestionario diseñado ex profeso con dos secciones: en la primera sección se asentaron edad, sexo y escolaridad; en la segunda sección constó de 20 reactivos para determinar el grado de apoyo familiar. A los padres se les aplicó un cuestionario diseñado ex profeso que consta de dos secciones, en la primera sección se clasificaron por edad, género y escolaridad, en la segunda sección se evaluó si existía o no la adherencia al tratamiento nutricional por medio de 6 preguntas.

Tuvo una duración de 6 meses a partir de la autorización por parte del Comité Local de investigación local del HGR No. 25. Una vez obtenida la información se procedió a realizar el análisis de resultados en forma escrita y gráfica.

La investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos de investigación en salud en seres humanos.

### RESULTADOS

Se realizó un estudio no experimental de tipo observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, con el objetivo de determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”, encontrando los siguientes resultados:

De 32 pacientes que participaron en el estudio adscritos a la UMF33 del servicio de Nutrición se encontró en las características sociodemográficas que en la edad de 7 años: se encontraron 5 personas, en 8 años: 8 pacientes, en 9 años: 5 pacientes, en 10 años: 7 pacientes y en 11 años: 7 pacientes, observándose en la tabla 1 y gráfica 1. En cuanto al género: se obtuvieron los siguientes datos: del sexo femenino fueron 18 pacientes que representan el 56.25%, del sexo masculino fueron 14 pacientes que representan un 43.75%, estos datos se representan en la tabla 2 y gráfica 2. En la categoría de Escolaridad se encontró que los 32 pacientes cursan la Primaria que equivale al 100%, estos datos se representan en la tabla 2. En cuanto a la percepción de Apoyo Familiar se obtuvo que 14 niños percibieron Alto Apoyo Familiar que equivale al 43.75%, 8 pacientes percibieron medio Apoyo Familiar que equivale al 25% y 10 pacientes percibieron Bajo Apoyo Familiar que equivale al 31.25%, los datos se representan en la tabla 3 y gráfica 3.

Por otro lado, de los 32 padres o tutores se obtuvieron los siguientes resultados, en cuanto a las características sociodemográficas, en el rubro de edad, se encontró que de acuerdo a grupo etario de 15 a 20 años: 0 pacientes, 21 a 30 años: 11 pacientes que corresponde a un 34.3%, 31 a 40 años: 17 pacientes que corresponde a 53%, 41 a 50 años: 3 pacientes que corresponde a 9.3%, 51 a 60 años: 1 que corresponde a 3.1%, mayor a 61 años: 0, se representa en la tabla 4 y en la gráfica 4. En cuanto al género, se obtuvo que 28 pacientes son mujeres que equivale al 87.5% y 4 pacientes son hombres que equivale a un 12.50%, se representa en la tabla 5 y gráfica 5. De acuerdo a la escolaridad, analfabetas: 0, primaria: 8 pacientes que corresponde a un 25%, secundaria: 8 pacientes, que equivale a un 25%, preparatoria: 9 pacientes que equivale a un 28.1%, licenciatura: 7 pacientes, que equivale a un 21.8%, se representa en la tabla 6 y gráfica 6.

## TESIS

---

De los 32 padres o tutores de familia 15 percibieron adherencia al tratamiento nutricional de sus hijos que equivale a un 46.87% y 17 padres percibieron no adherencia al tratamiento nutricional de sus hijos equivaliendo a un 51.12%, se representa en la tabla 7 y gráfica 7. Se realizó una tabla de contingencia 2x3 de la frecuencia de adherencia y no adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar, de los cuales se obtuvo que 17 niños no tuvieron adherencia al tratamiento nutricional, de los cuales 9 tuvieron bajo apoyo familiar, 6 medio apoyo familiar, 2 alto apoyo familiar, por otro lado 15 de los niños tuvieron adherencia al tratamiento nutricional, de los cuales 1 tuvo bajo apoyo familiar, 2 tuvieron medio apoyo familiar y 12 tuvieron alto apoyo familiar, se calculó chi cuadrada de estos resultados, obteniendo una chi cuadrada de 14.6005 con 2 grados de libertad y un valor de  $p=0.0007$ , con un índice de confiabilidad de 95%.

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1. DISTRIBUCION DE EDAD EN NIÑOS

EDAD EN AÑOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
7	5	15.6%
8	8	25%
9	5	15.6%
10	7	21.8%
11	7	21.8%

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

GRÁFICA 1. DISTRIBUCION DE EDAD EN NIÑOS



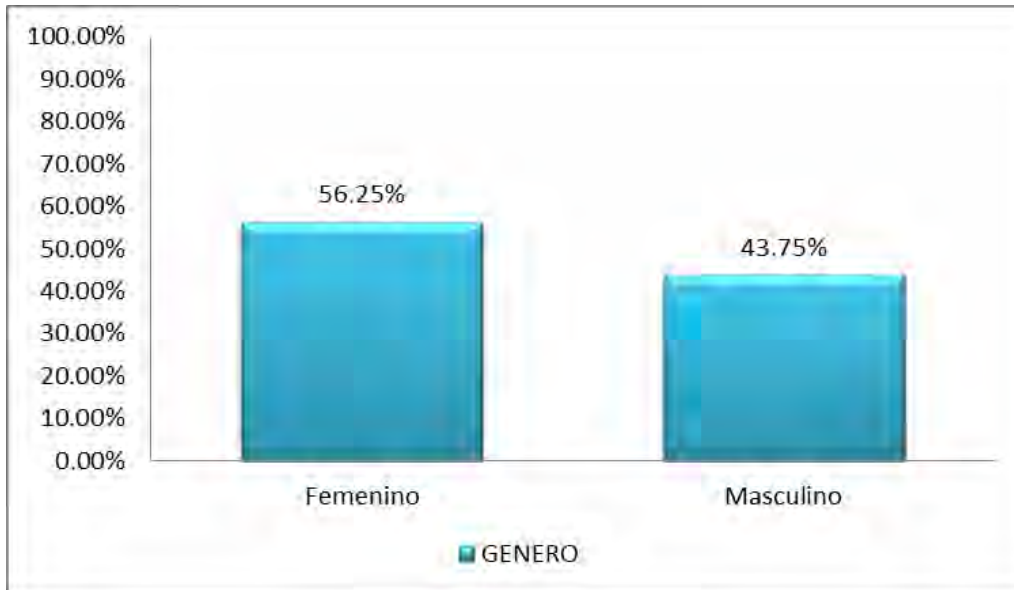
Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO Y ESCOLARIDAD EN NIÑOS**

GÉNERO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
*Femenino	18	56.25%
*Masculino	14	43.75%
<b>*Los 32 pacientes cursaban la primaria, correspondiendo al 100%</b>		

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO Y ESCOLARIDAD EN NIÑOS**



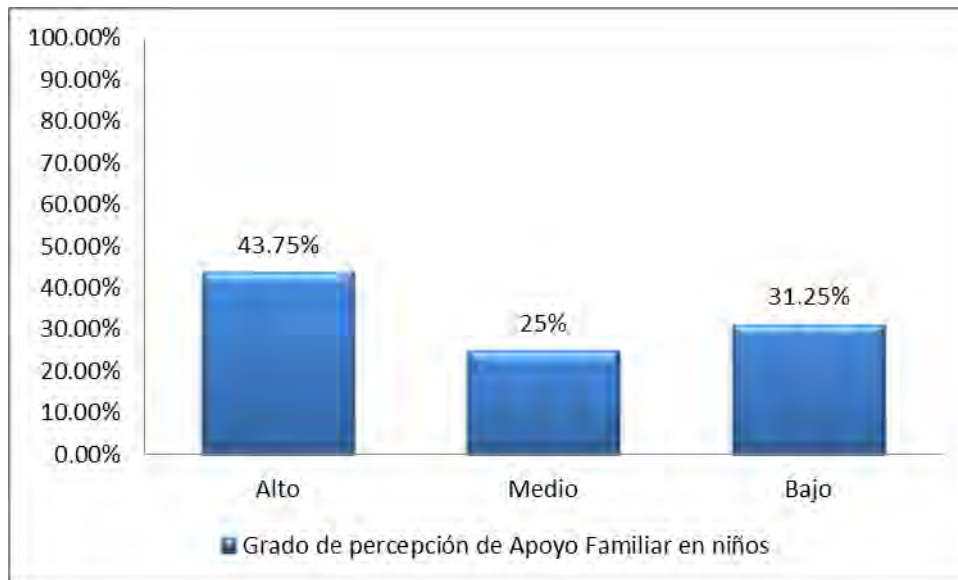
Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**TABLA 3. GRADO DE PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR EN NIÑOS**

NIVELES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
Alto	14	43.75%
Medio	8	25%
Bajo	10	31.25%

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**GRAFICA 3. GRADO DE PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR EN NIÑOS**



Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE EDAD EN AÑOS DE PADRES O TUTORES**

INTERVALO DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
15-20	0	0%
21-30	11	34.3%
31-40	17	53.1%
41-50	3	9.3%
51-60	1	3.1%
>61	0	0%

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**GRÁFICA 4. DISTRUBUCIÓN DE EDAD EN AÑOS DE PADRESO TUTORES**



Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE PADRES O TUTORES**

<b>GÉNERO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>Femenino</b>	28	87.50%
<b>Masculino</b>	4	12.50%

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE PADRES O TUTORES**



Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD EN PADRES O TUTORES**

ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
ANALFABETA	0	0%
PRIMARIA	8	25%
SECUNDARIA	8	25%
PREPARATORIA	9	28.1%
LICENCIATURA	7	21.8%

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD DE PADRES O TUTORES**



Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

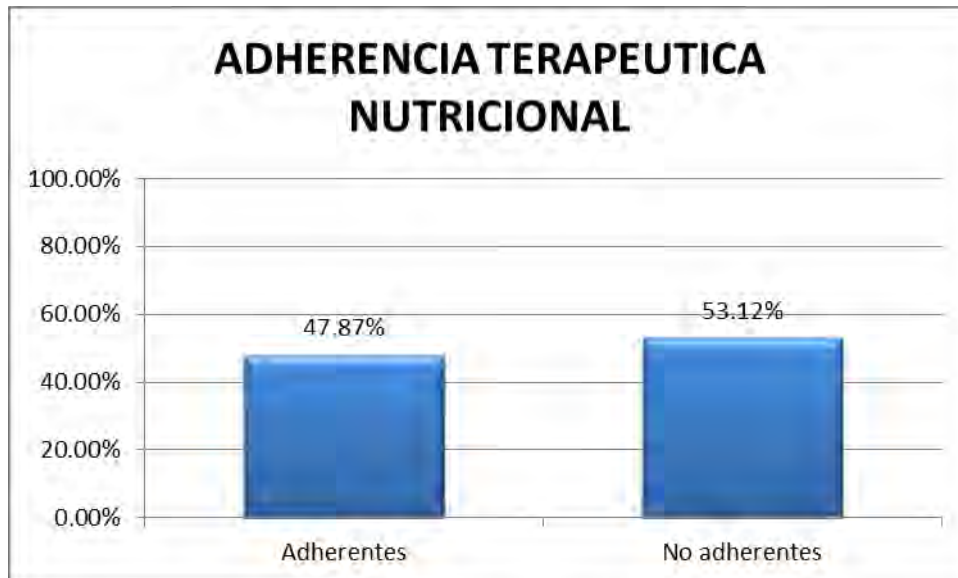


TABLA 7. ADHERENCIA TERAPEUTICA NUTRICIONAL DE NIÑOS

ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
ADHERENTES	15	46.87%
NO ADHERENTES	17	53.12%

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

GRÁFICA 7. ADHERENCIA TERAPEUTICA NUTRICIONAL DE NIÑOS



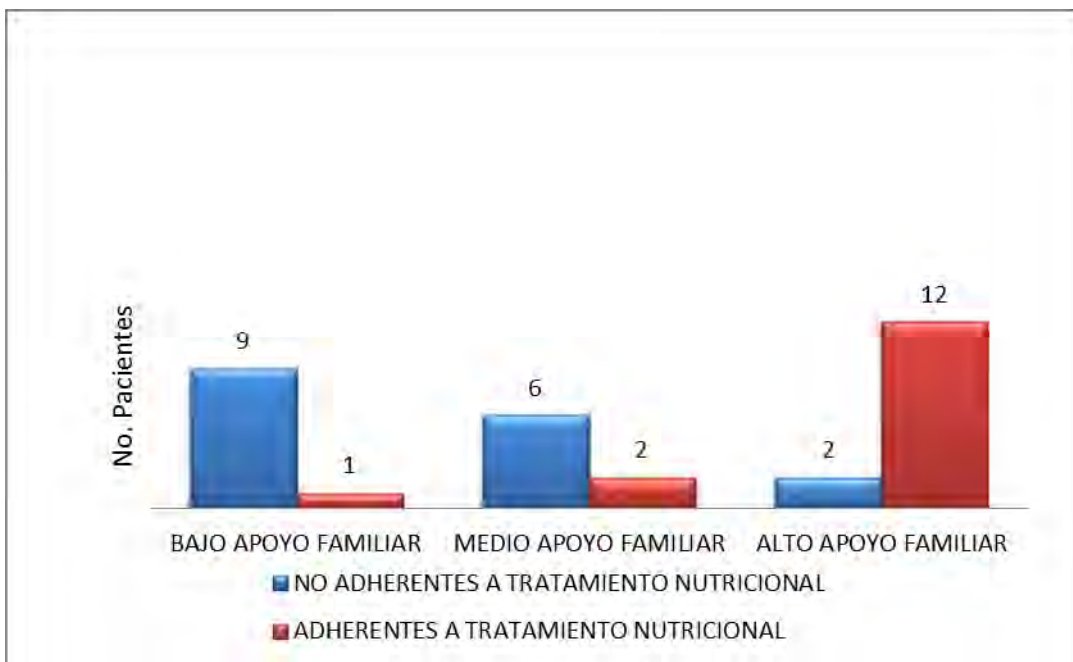
Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

**TABLA 8. FRECUENCIA ENTRE ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON EL GRADO DE APOYO FAMILIAR.**

	APOYO BAJO	APOYO MEDIO	APOYO ALTO	TOTAL
NO ADHERENTES	9	6	2	17
ADHERENTES	1	2	12	15
TOTAL	10	8	14	32

Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"  
 \*Chi-cuadrada=14.6005 gl=2 p=0.0007

**GRÁFICA 8. FRECUENCIA ENTRE ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON EL GRADO DE APOYO FAMILIAR.**



Fuente: Cédula de información Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional al grado de apoyo familiar en los niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 "El Rosario"

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se cumplieron los objetivos de conocer la frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar. Se encontró que de los 32 niños de la muestra más del 50% no tuvo adherencia al tratamiento nutricional, de acuerdo a la percepción de los padres quienes se encontraban la mayoría de ellos entre los intervalos de edad de 31 a 40 años, con una escolaridad en la mayoría de ellos de preparatoria en un 28.1%, predominando el género femenino con más del 80%, datos similares al estudio de Lancho Pérez, 2010, donde identificaron la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes, encontrando que no hubo adherencia completa a las recomendaciones nutricionales mayor al 70%. En otro estudio de González LZ, 2007, determinó la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad o sobrepeso, mediante un estudio transversal en 94 sujetos entre 20 y 50 años de los cuales el 68% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes al tratamiento nutricional; aunque hay una diferencia en el grupo de edad entre este estudio y los comparativos se observa que lleva el mismo patrón de no adherencia al tratamiento nutricional. Existe otro estudio que a diferencia de este trabajo de investigación (Ruiz Nava y cols, 2009) que realizaron un estudio en escolares con VIH para conocer el grado de adherencia terapéutica en el cual fueron adherentes en un 95%, los niños se encontraban entre 10 y 13 años, quienes recibían atención para el control de su infección en un hospital público y acudían acompañados de 1 cuidador primario, en el cual se aplicaron 2 instrumentos de evaluación uno para niños y otro para el cuidador. Aquí se puede observar que estos niños si fueron adherentes en la mayoría y se puede deber a que llevan un programa nutricional más estricto y que están siendo supervisados por diferentes áreas médicas y son vistos con mayor frecuencia, además de que llevan un tratamiento farmacológico que no pueden suspender. Por otro lado en el presente estudio se obtuvo que más del 40% de los niños percibió alto grado de apoyo familiar, 25% percibió un medio apoyo familiar y más del 30% percibió bajo apoyo familiar, de los cuales el 40% aproximadamente se encontraba entre 10 y 11 años, predominando el género femenino con un 56%, todos se encontraron en escolaridad primaria, datos diferentes al estudio de Olvera AS y cols, ya mencionado anteriormente donde se encontró que el 63% tenía alto apoyo familiar el 36.7% de regular apoyo familiar y el 0% bajo apoyo familiar, donde observan gran relación entre el grado de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento sea farmacológico o no. A pesar de que los datos son diferentes, coincide en que existe mayor adherencia al tratamiento nutricional en relación al alto apoyo familiar.

Para realizar el análisis y corroborar la hipótesis de nuestro trabajo o la hipótesis nula se utilizó la prueba no paramétrica de Chi o Ji cuadrada, obteniendo un valor de 14.6005 con 2 grados de libertad y valor de  $p=0.0007$  lo que significa que el valor Chi cuadrada obtenido es mayor que el valor crítico por lo que se desacredita la hipótesis nula que afirma que no existe diferencia significativa entre las frecuencias observadas y se concluye que la diferencia es significativa, comprobando nuestra hipótesis de este estudio que es: a mayor apoyo familiar, mayor es la adherencia al tratamiento nutricional de niños obesos escolares.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio encontramos que la mayoría de los niños no fue adherente al tratamiento nutricional, esto relacionado al bajo apoyo familiar que perciben, lo relacionan con poco ánimo que da la familia al niño, que no reciben consejos de la misma, no se sienten escuchados, cuando el niño tiene problemas no acuden a primera instancia a la familia, no expresan abiertamente sus opiniones, no se sienten tomados en cuenta cuando dan alguna opinión dando como resultado poca adherencia al tratamiento nutricional. Por otro lado, podemos observar que los niños que fueron adherentes al tratamiento nutricional se vio relacionado con el alto apoyo familiar, relacionado a que los niños reciben consejos de sus familiares, a la familia le gusta escuchar lo que dice el niño, comparten gustos o intereses similares, cuando el niño tiene algún problema acude a su familia, la familia ayuda a resolver los problemas del niño, se buscan entre los integrantes de la familia para hacerse compañía. Debido a lo anterior, es importante conocer si el apoyo familiar es significativa para la adecuada adherencia al tratamiento nutricional para poder crear nuevas estrategias y poder incidir en la familia para lograr un cambio positivo en la salud del niño obeso y disminuir los factores de riesgo relacionados con la obesidad. Una de las estrategias iniciales es el diálogo, la realización de actividades de ocio y recreación, el acompañamiento permanente, una adecuada actitud de escucha, la tolerancia, para no dificultar la adherencia al tratamiento nutricional. Otro punto importante es que el médico identifique al cuidador principal y que permita dar cuenta si las medidas terapéuticas nutricionales están siendo llevadas a cabo y aclarar dudas que se tengan del tratamiento. El médico debe preguntar a las familias por la adherencia, como es, pedir a los pacientes que le informen sobre la pérdida de peso mensualmente. También es pertinente incluir a los niños en todos los aspectos de su enfermedad, tomando en cuenta el momento que se considere oportuno para comprender y manejar la información.

Por otro lado, es importante considerar que el estudio de la adherencia en niños se convierte más que en un aporte para la ciencia y el conocimiento, en una problemática cultural que coadyuva a una responsabilidad social, que favorece la calidad de vida de los pacientes y decremента los problemas de salud pública. La adherencia al tratamiento nutricional en pacientes pediátricos es un reto que necesita de efectivas intervenciones. Por esta razón, se considera que para lograr intervenciones óptimas e integrales, se debe crear un modelo de atención multidisciplinario, centrado en la familia, donde se refuerce la relación de confianza entre el equipo de atención de la obesidad y los padres y/o cuidadores del niño obeso. Se ha visto que a nivel nacional no existe un programa dirigido a niños con obesidad por lo que sería importante crear un modelo que integre las perspectivas y valoraciones de cada profesión de la salud que participa en la atención e involucre de forma activa a los niños y a sus familias en la atención y tratamiento de la enfermedad de Obesidad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con el programa de Chiquitimss, si bien en este programa hay una orientación en cuanto a la adecuada alimentación no existe el manejo de la obesidad, sería adecuado integrar a este programa lineamientos para la atención y manejo integral de esta patología, así como un programa enfocado a la obesidad infantil. En este campo, se requieren de futuras investigaciones, los cuales, desde diferentes estrategias de evaluación, permitirán dar cuenta de otros factores que afectan la adherencia al

tratamiento nutricional de los niños con obesidad. Se recomienda realizar un proceso de validación de los instrumentos que permita obtener datos con mayor fiabilidad y validez. Además, al no encontrarse disponibles en la literatura otras medidas de evaluación, estos instrumentos de medición pueden ser replicados en otros estudios sobre la adherencia en niños. Igualmente, es pertinente la realización de estudios de caso sobre la adherencia al tratamiento nutricional de niños con obesidad en edad escolar en relación con el grado de apoyo familiar los cuales permitan posibles intervenciones directas con estos niños; así como sus padres o tutores, para aumentar el grado de adherencia al tratamiento nutricional.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Chueca M, Azcona C, Oyarzabal M. Obesidad Infantil. Anales sis San Navarra 2002; 25: 15-19
2. Villanueva AR. Diccionario Mosby Medicina, enfermería y ciencias de la salud. 5ta Ed, España: Harcourt. 2001 p.1555
3. Arend MO. Enfermedades nutricionales. Obesidad en Dennis AA, Goldman L Cecil Tratado de Medicina Interna. 23 Ed. Elsevier España. 2011. 2 (17) p. 1643-1652.
4. McClafferty HH. Abordaje integral de la obesidad. Clínicas pediátricas de Norteamérica Elsevier Saunders 2008; 54: 1239-52
5. Gutiérrez JP, Rivera DJ, Shamah LT, Villalpando HS, Franco A, Cuevas NL, Romero MM, Hernández AM. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
6. Domínguez VP, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2008; 58 (3): 249-255
7. Ramirez Y, Friedman MI. Dietary hyperphagia in rats: Role of fat, carbohydrate and energy content. *Physiol Behav* 1990;47:1157-63
8. Barrón UC, Pérez-Pasten LE, Crecimiento y desarrollo III. Obesidad Infantil en Games EJ, Troconis TG. Introducción a la Pediatría. 7ª edición. México: Méndez. 2006; 14 p: 93-114.
9. Balas NM, Rodríguez CA, Muñoz MC, Vásquez PP, Perichart PO. Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutrición en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico. *Revista de Investigación Clínica* 2010; 62 (3): 235-243
10. Ruiz NA, Enríquez LS, Hoyos HP. Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH. *Pensamiento Psicológico* 2009; 5 (12): 175-189
11. Díaz ED, Enríquez SD. Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Bol Clin Hospital Infantil Edo Son.* 2007;24(1):22-26
12. Martos GA, Argente J. Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia. *Anales de Pediatría.* Elsevier Doyma 2011; 75(1):63-70
13. González CP. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Waxapa* 2011; 2 (5): 102-107
14. Fontana HA, Alvarado VL, Angulo RM, Marín VE, Quirós SD. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad. *Revista Electrónica@ Educare* 2009; 13 (2):17-35.
15. Domínguez EA, Salas MI, Contreras BC, Procidano ME. Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología* 2011; 43 (1): 125-37
16. Lancheros PL, Pava CA, Bohórquez PA. Identification of adherence to nutritional therapy using the model of Knowledge, Attitudes and Practices in a group of people with Diabetes Mellitus type 2 treated by Colombian Diabetes Association. *DIAETA (B.Aires)* 2010; 28(133):17-23

17. Olvera AS, Salazar GT. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2009;17 (1-3): 10-13
18. Olvera AS, Salazar GT. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2009; 17:10-13
19. González ZL, Giraldo GN, Estrada RA, Muñoz RA, Mesa SE, Herrera GC. La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad y sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición* 2007; 3 (1): 105-111
20. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Concepción o elección del diseño de investigación. *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. 4ta Edición. p. 157-174
21. Guía para la elaboración de Protocolos. Documento 4. Capítulo 9. p: 14-19
22. Contreras OP, Flores T, Herrera LA. Instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Av.enferm* 2008; 26 (2): 35-42
23. WordReference.com [Internet]. Diccionario de la lengua Española. Edad. España; c2013 [citado 2013 Oct 18]. Disponible en URL: <http://www.wordreference.com/definicion/edad>
24. WordReference.com [Internet]. Diccionario de la lengua Española. Género. España; c2013 [citado 2013 Oct 18]. Disponible en URL: <http://www.wordreference.com/definicion/genero>
25. WordReference.com [Internet]. Diccionario de la lengua Española. Escolaridad. España; c2013 [citado 2013 Oct 18]. Disponible en URL: [www.wordreference.com/definicion/escolaridad](http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad)

### Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	RELACIÓN DEL APOYO FAMILIAR EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRIOCIONAL DEL NIÑO OBESO EN ETAPA ESCOLAR EN LA UMF 33 "EL ROSARIO"
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO" a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: actualmente la obesidad infantil es un problema de salud pública a nivel mundial, en México está ocupando los primeros lugares, se ha visto que depende del apoyo familiar que recibe el niños para que logre el apego a tratamiento nutricional, por lo que se pretende estudiar la relación entre apoyo familiar y apego al tratamiento para poder crear nuevas líneas de investigación y crear estrategias o programas para poder incidir en el adecuado control de tratamiento dietético. Objetivo: Determinar la relación de apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento nutricional del niño obeso en etapa escolar en la UMF 33
Procedimientos:	
Socio demográficos, Posibles riesgos y molestias:	No se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Hay compromiso de proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacer cambiar de parecer respecto a la permanencia de en el mismo.
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Sánchez Corona. Matricula:99352132
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico :comisiónetica@imss.gob.mx	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”**

**CEDULA DE INFORMACIÓN.**

**SECCIÓN 1**

**INSTRUCCIONES:** Se le solicita leer con atención y contestar los siguientes datos presentados con ayuda de un adulto. Marque con un tache dentro del paréntesis las preguntas, se le informa que los datos obtenidos serán confidenciales y solo de uso exclusivo para el trabajo de investigación.

**1-EDAD:**

- 7 años ( )
- 8 años ( )
- 9 años ( )
- 10 años ( )
- 11 años ( )

**2-GÉNERO:**

- Femenino ( )
- Masculino ( )

**3-ESCOLARIDAD:**

- Analfabeta ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )

# TESIS

## SECCIÓN 2

Marque con un X en la respuesta SI, NO o NO SÉ

		SI	NO	NO SÉ
1	Mi familia me da mucho ánimo			
2	Yo recibo consejos de mi familia			
3	La mayoría de la gente es más cercana a su familia que yo a la mía			
4	Cuando comparto mis opiniones y sentimientos personales con mis familiares cercanos, me da la impresión que los hace sentir incómodos.			
5	A mi familia le gusta escuchar lo que pienso			
6	Los miembros de mi familia comparten mucho de mis gustos e intereses			
7	Cuando tengo problemas o necesito consejo me acerco a mis familiares			
8	Dependo de mi familia para apoyo emocional			
9	Cuando me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguien de mi familia sin arrepentirme de ello después.			
10	Mi familia y yo expresamos abiertamente nuestras opiniones			
11	Mi familia está consciente de mis necesidades personales			
12	Mis familiares hablan conmigo cuando se sienten mal			
13	Mi familia es de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas			
14	Tengo un vínculo muy cercano con varios de mis familiares			
15	Le doy a mis familiares consejos útiles y prácticos			
16	Mis familiares dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas			
17	Cuando hablo con alguien de mi familia me siento mejor			
18	Mi familia me busca para hacerle compañía			
19	No tengo relaciones con los amigos de mi familia			
20	Me gustaría que mi familia fuera diferente			

Niveles de percepción:

Percentiles 25: 1-12

Percentil 50: 13-18

Percentil 75: 19-20



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Frecuencia de adherencia al tratamiento nutricional en relación al grado de apoyo familiar en niños obesos en etapa escolar de la UMF 33 “El Rosario”**

**CEDULA DE INFORMACIÓN.**

**SECCIÓN 1**

**INSTRUCCIONES:** Se le solicita leer con atención y contestar los siguientes datos presentados.

**1-EDAD:**

15-20 años ( ) 21-30 años ( ) 31-40 años ( ) 41-50 años ( ) 51-60 años ( )  
>70 años ( )

**2-GÉNERO:**

Femenino ( ) Masculino ( )

**3-ESCOLARIDAD:**

Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Licenciatura ( )

**SECCIÓN 2**

Califique de 1 al 5 cada pregunta. 1: Nulo 2: Bajo 3: Medio 4: Medio-Alto 5: Alto. Se le informa que los datos obtenidos serán confidenciales y de uso exclusivo para el trabajo de investigación.

		Calificación
1	¿Cómo califica usted la pérdida de peso del niño durante el tratamiento nutricional?	
2	¿A la fecha se ha logrado mantener la pérdida de peso?	
3	¿Se sintió satisfecho con el tratamiento nutricional del niño?	
4	¿La motivación del niño para llevar a cabo un tratamiento nutricional fue suficiente?	
5	¿Cuál es la frecuencia del consumo de frutas y verduras por el niño?	
6	¿Cuál es la frecuencia del consumo de agua por el niño?	
	TOTAL	