



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ MÓDULOS DE ENFERMERÍA
No. 66. APODACA, NUEVO LEÓN

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NÚCLEOS FAMILIARES CON OBESIDAD INFANTIL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ OLIVAS
REGISTRO R-2015-1912-1

APODACA NUEVO LEÓN

FEBRERO 2017



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.



DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NÚCLEOS FAMILIARES CON OBESIDAD INFANTIL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ OLIVAS

AUTORIZACIONES:

DRA. IRAZEMA ELENA MANCINAS HERNÁNDEZ
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN EDUCACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

DRA. MA. GUADALUPE TEPETLA GONZALEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO GENERAL. NO IMSS

DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

DRA. JANET SOLTERO ESPARZA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66
MONTERREY, NUEVO LEÓN

**"DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NÚCLEOS FAMILIARES CON
OBESIDAD INFANTIL"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA

DR. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ OLIVAS


AUTORIZACIONES



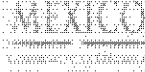
**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Océano Paz"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912
 H. GRAL. ZONA / MF / NOMBRE, NUEVO LEÓN

FECHA: 29/01/2015

DR. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ OLIVAS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NÚCLEOS FAMILIARES CON OBESIDAD INFANTIL

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1912-3

ATENTAMENTE

DR. (A) CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ
 Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

ISSY-2014/01/01 UNIDAD DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis de especialidad médica es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

En primer lugar agradezco de manera especial y sincera a mis tutores, asesores y coordinadores, **DRA. IRACEMA SIERRA, DRA MARTHA ELISA HERNÁNDEZ, DRA. MA. GUADALUPE GONZÁLEZ TEPETLA, DRA. MARÍA ISABEL CRUZ Y DRA. JANET SOLTERO ESPARZA** tanto de tesis como de curso al aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

La unión de una pareja permite dar lugar a un apoyo mutuo, eso es algo fundamental, y si nos referimos a los proyectos como las tesis, en la mayoría de las ocasiones las parejas se ayudan entre sí para poder culminar sus procesos de aprendizaje que al final de cuentas se expresa por medio de la tesis. Por lo que me es grato agradecer de una manera especial a **CLAUDIA IBETH GARCÍA BUSTOS** quien muchas veces sacrifico su tiempo para permitirme realizar trabajos relacionados con la realización de esta tesis, permitiéndome así, la libertad de superarme.

Agradezco también, al **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, institución en la que desempeñamos nuestra labor como trabajadores y su apoyo para la realización de prácticas para la realización del estudio.

La familia es una pieza fundamental en la vida de una persona, es casi que imprescindible, puesto que el vínculo que se tiene con estas personas, permite recibir grandes ayudas, crecer como individuo regido por principios y valores, y muchas más cosas positivas. Tener una familia es una bendición inmensa, por lo que es inevitable agradecer de la manera más humilde a mis padres el **C. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ CASTRUITA Y LA ENFERMERA ESPECIALISTA ESPERANZA HORTENSIA OLIVAS RIOS.**

Los hijos suelen convertirse en una motivación para que sus padres busquen los medios y las maneras para que todo mejore, y para que puedan brindarles una mejor calidad de vida , pues ellos al igual que yo realizaron sacrificios al ver que en ocasiones tenía que ausentarme mucho, o que ya no tenía tanto tiempo de jugar con ellos, que te la pasas ocupado haciendo tareas, la ida al cine, no se hay un sinfín de cosas por las que pasan los peques al tener un padre estudiando alguna carrera. Gracias **CINTHYA JACQUELINE HERNANDEZ MORENO Y LEONARDO HERNANDEZ MORENO** por haberme apoyado en este proyecto y ser pacientes para la cosecha de triunfos compartidos.

Por último, agradezco a DIOS; por haberme permitido culminar un nuevo logro en mi vida.

**DISFUNCIÓN FAMILIAR
EN NÚCLEOS
FAMILIARES CON
OBESIDAD INFANTIL**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

1. Título.....	8
2. Índice General.....	9
3. Marco teórico.....	10
4. Planteamiento del problema.....	16
5. Justificación.....	18
6. Objetivos.....	20
- General	
- Específicos	
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).....	20
8. Metodología.....	21
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
9. Resultados.....	27
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	37
11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).....	38
12. Referencias bibliográficas.....	39
13. Anexos.....	43

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado en informes recientes que el sobrepeso y la obesidad han alcanzado mundialmente niveles de epidemia, ya que más de 1.000 millones de personas adultas tienen un peso excesivo y al menos 300 millones son obesos.⁽¹⁾

El sobrepeso y obesidad son reconocidos actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

Este incremento en las cifras de sobrepeso y obesidad es resultado de diversos factores, entre los que destacan los cambios en el acceso y consumo de alimentos, así como las modificaciones drásticas en los estilos de vida en un tiempo relativamente corto. Los últimos datos recopilados por el Grupo de Trabajo Internacional sobre obesidad infantil destacan que los países de la región mediterránea presentan las tasas más altas de obesidad, junto con Estados Unidos y el Reino Unido.⁽²⁾ En México la incidencia de obesidad en las etapas evolutivas ha crecido de manera exponencial: en los escolares uno de cada cuatro (26%) y en los adolescentes uno de cada tres (35%) tienen sobrepeso u obesidad.⁽³⁾

La obesidad es un estado de exceso de grasa corporal, predominantemente intraabdominal, que varía con la edad, género, genética o medio cultural.⁽⁴⁾

La obesidad infantil se define considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$).⁽⁵⁾

El sobrepeso es determinado por un índice de masa corporal (IMC)-por edad de >85 percentil pero <95 percentil en niños y adolescentes, y la obesidad por un IMC-por edad de >95 percentil.⁽⁶⁾

En consecuencia, la Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO) y la Organización de Mundial de la Salud (OMS) han establecido el índice de masa

corporal (IMC), como una medida ecuánime para valorar la adiposidad en niños y adolescentes. Sin embargo, el IMC en el niño varía considerablemente con la edad a causa del crecimiento y desarrollo. Por ello, en los niños se utilizan las tablas de percentiles con unos puntos de corte específicos para cada edad. Así, para definir el sobrepeso y la obesidad en la población infantil y juvenil, se emplean las tablas de Cole (2000) y los valores específicos de edad y sexo que corresponden con los percentiles 85 y 97 del IMC. ⁽⁷⁾

El sobrepeso y la obesidad son los extremos de una condición nutricia calificada como no saludable por las consecuencias en la salud física, social y emocional de los niños y su repercusión en la salud de los adultos. ⁽⁸⁾

El sobrepeso tiene efectos negativos para la salud y la composición corporal, tanto a corto como a largo plazo: psicológicos, sociales, metabólicos, entre otros. Todos ellos, en conjunto, redundan en un mayor gasto sanitario y provocan una disminución global de la calidad y expectativa de vida, principalmente asociada a la patología cardiovascular. ^(9,10)

La obesidad es considerada como enfermedad crónica, compleja y multifactorial, suele iniciarse en la infancia–adolescencia, y tiene su origen en una interacción entre factores genéticos y ambientales o conductuales, donde influye la familia. ^(11,12,)

En el ambiente familiar reiteradamente se menciona la asociación de la obesidad con el tiempo que los miembros de la familia destinan para ver televisión, no sólo por el sedentarismo, sino también por el consumo de alimentos chatarra y por la posible influencia de los anuncios de la televisión en el consumo de estos productos. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

De todos los factores ambientales podemos destacar aquellos que por su frecuencia, magnitud y posibilidad de intervención pueden considerarse como

modificables desde un punto de vista sociocultural y sanitario, tales como hábitos dietéticos, actividad física, grado de sedentarismo y la influencia familiar. ⁽¹⁵⁾

Los hábitos alimentarios y el estilo de vida suelen variar en función de determinantes sociodemográficos y del estatus socioeconómico. Se piensa que estas diferencias son en parte debidas, entre otras variables, al nivel educativo, que puede influir en el consumo de alimentos y en la actividad física. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Según la OMS el estilo de vida es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales". Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

El consumo de bebidas que proporcionan energía como jugos, aguas frescas, refrescos, te o café con azúcar, bebidas endulzadas, leche entera y bebidas alcohólicas, eleva considerablemente la ingestión energética promedio en los mexicanos. Dependiendo del grupo de edad, entre 19 y 22% de la energía de la dieta proviene de bebidas azucaradas. En los niños, la leche entera es la bebida que más contribuye a la ingestión energética, por lo cual es importante promover programas sociales de abasto de leche a comunidades de bajos recursos, con alternativas al consumo de leche entera, en virtud de que la obesidad infantil ya no es un problema exclusivo de los grupos de mayor nivel socioeconómico.

Varios estudios indican que los factores de estrés familiar, como la desintegración familiar, puede llevar a trastornos de la alimentación, los malos hábitos alimenticios y la obesidad en niños.¹⁸

La edad escolar y la adolescencia son etapas cruciales para la configuración de los hábitos alimentarios y otros estilos de vida que persistirán en etapas posteriores de la vida, con repercusiones, por tanto, no sólo en esta etapa en

cuanto al posible impacto como factor de riesgo, sino también en la edad adulta.
(19-20)

Es probable que si el niño come por ansiedad sea porque existe un problema familiar de fondo (disfunción familiar, alcoholismo etc.). Inclusive puede ser que el niño presente problemas en su centro educativo que lo hagan sufrir de ansiedad. También ocurre que los padres suelen sobrealimentar a sus hijos como una forma de disipar sus culpas. Se ha visto que los padres obesos sirven raciones mayores que los no obesos. ⁽²¹⁾

La manera como cada familia enfrenta y resuelve sus problemas determina que ésta sea funcional o disfuncional. El concepto de función familiar abarca: las actividades que realiza la familia, las relaciones sociales que establece en la ejecución de esas actividades y, en un segundo nivel de análisis, comprende los aportes (o efectos) que de ellos resultan para las personas y para la sociedad. ⁽²⁸⁾ López y Macilla argumentan que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional. ⁽²²⁾

La disfuncionalidad hace alusión a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar, cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Los trastornos que hacen a las familias disfuncionales son el incumplimiento de sus funciones básicas, no permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros, no respetar la distancia generacional o que se invierta la jerarquía de sus miembros, la comunicación no es clara ni coherente, los roles no están claros ni bien definidos. ⁽²³⁾

Aunque existen pocos estudios sobre la asociación de disfunción familiar con obesidad en niños y adolescentes, algunos informes señalan que un ambiente

intrafamiliar adverso puede condicionar mayor ingestión de alimentos en niños como mecanismo compensatorio.

El APGAR Familiar es un instrumento de evaluación familiar de auto aplicación, diseñado para obtener de manera rápida y sencilla la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar. El cuestionario adaptado para niños fue realizado en 1989 por Austin y Huberty, es un cuestionario auto administrado que consta de cinco preguntas cerradas. Indica una valoración global de satisfacción con la vida familiar. Útil como prueba de tamizaje. Puntaje mínimo: 0, Puntaje máximo: 10. A mayor puntaje mayor satisfacción. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas ofrecen una indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del entrevistado. Los componentes que valora este instrumento son:

- 1) Afectividad: definida como la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia y la capacidad de demostrárselo.
- 2) Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares (comunitarios) para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en período de crisis.
- 3) Gradiente de crecimiento a Desarrollo: Es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia, gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo a través del ciclo vital familiar.
- 4) Participación o Cooperación: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar
- 5) Capacidad Resolutiva: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares.

Además, en México, como en otros países emergentes, es cada vez más común que las mujeres que conviven en pareja se incorporen a actividades remuneradas,

lo que ha ocasionado una redefinición de las funciones al interior de las familias, un mayor uso de las estancias infantiles y un menor tiempo de convivencia entre padres e hijos. Estas familias "modernas" han obligado a que los hijos permanezcan varias horas del día bajo la influencia de otras personas. ⁽²⁴⁾

Las alteraciones de la función familiar se han visto exacerbadas por la ausencia de espacios físicos adecuados para el esparcimiento, lo cual ha propiciado que los niños permanezcan más horas frente al televisor, con mayor proclividad al consumo de "productos chatarra" estimulado por los mensajes televisivos y con menor tiempo para la actividad física. Todos estos factores actúan de manera simultánea para provocar un incremento desmedido en la prevalencia de obesidad entre escolares y adolescentes. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

Herzer y colaboradores realizaron un estudio en el que se evaluó el funcionamiento familiar en relación a trastornos crónicos, entre ellos la obesidad, se encontró que entre el 13 y 36% de las familias tienen pobre funcionamiento familiar. ⁽²⁷⁻²⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La obesidad es una alteración de naturaleza metabólica, que se caracteriza por un aumento excesivo en la grasa corporal y que constituye el problema de salud pública, más importante en niños y adolescentes mexicanos.

Un niño se considera obeso, cuando su peso es superior al 20% del ideal. De acuerdo con los datos publicados por la International Association for the Study of Obesity (IASO), en la última encuesta realizada en México durante el año 2006, se encontró que el 18.6% de los niños entre 5 y 17 años tienen sobrepeso y el 9.5% de estos niños eran obesos. Con relación a las niñas, el 20.3% entre 5 a 17 años tuvo sobrepeso y el 8.7% presentaba obesidad. La obesidad de niños y adolescentes está considerada dentro de la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA2-1993), la cual establece los lineamientos sanitarios para regular su manejo integral.

Actualmente, México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial en obesidad, después de Estados Unidos de América. El Instituto Nacional de Salud Pública, desde la publicación de su Encuesta de Salud y Nutrición de 2006 (ENSANUT 2006), ha dado voz de alarma acerca del incremento dramático que han tenido las tasas de sobrepeso y obesidad en México, ya que 70% de los adultos mexicanos la padecen.

En los últimos años, se ha observado un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente de todo el país. En niños en edad escolar, ha aumentado de 18.4% en 1999 a 26.2% en 2006, es decir, a razón de 1.1% cada año.

La diabetes mellitus, importante complicación de la obesidad, es la primera causa de muerte en México. Cabe destacar que además de la elevada mortalidad, el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones cuesta al estado Mexicano,

alrededor de 80 mil millones de pesos anuales.

La familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional; en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica. La interacción familiar por lo tanto es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica.

Diversos estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores. Uno de los problemas de salud derivados de este ambiente adverso es la obesidad infantil, en la que se han identificado diversos factores de riesgo como los trastornos de la dinámica familiar, el maltrato, el abuso y la pobreza intrafamiliar. Entre las alteraciones más importantes en el niño obeso que pueden persistir por largo tiempo se cuentan las psicosociales.

Por lo tanto con base a las aseveraciones mencionadas en párrafo anterior, nos hicimos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación de funcionalidad familiar y obesidad en niños de entre los 8 y los 13 años de edad de la UMF 47?

JUSTIFICACION

Diversos estudios recientes (cuantitativos y cualitativos) demuestran que los miembros de la familia tienden a subestimar el problema del sobrepeso infantil, lo que obstaculiza los esfuerzos para prevenir y tratar efectivamente esta condición. Debido a esto, la obesidad infantil ha sido descrita como "prácticamente invisible"

Es innegable que el sobrepeso infantil en la mayoría de los casos es un factor determinante para la obesidad en la edad adulta. En casi todos los casos, la obesidad infantil es el resultado de un estilo de vida que fomenta la ingesta de calorías (comer) por sobre el gasto de las mismas (actividad física).

Diversas encuestas desarrolladas en México por la Secretaría de Salud, muestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en México han aumentado de manera progresiva durante los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia. Recientemente se habla de que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil. A pesar de que la percepción ampliamente difundida de que el sobrepeso y la obesidad infantil es un asunto de estética, la evidencia que arrojan las investigaciones muestra que tiene importancia para la salud física de los individuos e implicaciones psicológicas y sociales, así como altos costos financieros para el sistema de salud.

La familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y desarrollo de los individuos, sin embargo factores de estrés familiar como la desintegración puede llevar a trastornos de la alimentación, malos hábitos alimenticios y obesidad en los niños. Algunas teorías del desarrollo sostienen que la obesidad comienza en la infancia donde la comida se utiliza para reducir el estrés. En un hogar caótico el consumo de alimentos se convierte en un medio de supervivencia emocional, que

da lugar a patrones alterados de comer durante toda la vida de un niño. Familias con un niño obeso pueden ser percibidas como disfuncionales.

Es por ello que el presente evalúa si existe relación entre la obesidad infantil y la presencia de disfunción familiar, lo que nos permitirá desarrollar estrategias de intervención tanto en el niño como en la familia; ya que al ser una enfermedad crónica ésta se perpetúa en el tiempo y suele acompañarse de trastornos metabólicos como la hipercolesterolemia y resistencia insulínica, que determina a futuro, un mayor riesgo de adquirir diabetes mellitus tipo 2, de hipertensión arterial, arteriosclerosis y muerte prematura por enfermedad cardiovascular isquémica.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General:

Establecer la relación entre la función familiar y obesidad en niños de 8 a 13 años en la UMF 47.

Objetivos Específicos:

- Identificar la prevalencia de obesidad infantil en el grupo de estudio.
- Conocer los motivos de consulta en el grupo de estudio
- Determinar la funcionalidad familiar en el grupo de estudio.
- Identificar sobrepeso y obesidad por edades en la población de estudio
- Identificar frecuencia de obesidad por genero

HIPOTESIS

Debido a que se trata de un estudio descriptivo, no requiere de planteamiento de hipótesis.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, en una muestra significativa de la población infantil que acudió a consulta a la UMF 47 del IMSS en el período comprendido entre marzo y agosto del 2015.

Una vez leído y aceptado el consentimiento informado (firmado por el tutor legal), se aplicó en el grupo en estudio, un cuestionario para definir las características de los menores (Anexo 21) y posteriormente se aplicó el test de APGAR familiar de Smilkestein a los tutores legales.

Los datos fueron recabados en el instrumento mencionado, vaciados a una base de datos elaborada en Excel 2010 y posteriormente analizados en el programa SPSS 21.

De todas las variables evaluadas, se obtuvieron resultados estadísticos descriptivos tradicionales, tales como: las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (varianza, desviación estándar y coeficiente de variación) y medidas de posición (cuartiles, quintiles y deciles) para las variables cuantitativas y las frecuencias observadas para las variables de tipo cualitativas.

Posteriormente los valores de estudio fueron segmentados según la presencia o ausencia de obesidad infantil y contrastados mediante pruebas de hipótesis para medias y proporciones, según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la asociación de las variables se establecerán mediante las pruebas de Ji² (ajustada de ser necesario) a la misma confiabilidad mencionada.

POBLACION DE ESTUDIO

Niños y adolescentes de 8 a 13 años que acudieron a consulta a la UMF 47 del IMSS, en el período comprendido entre marzo y agosto del 2015.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes de 8 a 13 años, que acude a consulta a la UMF 47 del IMSS en el período comprendido entre marzo y agosto del 2015.
- Pacientes de 8 a 13 años que acudan en compañía de un adulto con autoridad legal sobre el menor, para avalar su participación.
- Pacientes de 8 a 13 años cuyo responsable legal acepte la participación del menor y del mismo, expresando su libre deseo mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes de 8 a 13 años cuyo responsable legal no sepa leer o escribir
- Pacientes de 8 a 13 años con alguna deficiencia en sus capacidades cognitivas.
- Pacientes de 8 a 13 años con algún trastorno del aprendizaje.

Criterios de eliminación

- Pacientes de 8 a 13 años que no desearon participar.

- Cuestionario o Test incompletos.
- Padres o tutores legales que no desearon participar

MUESTRA

TECNICA MUESTRAL

Se realizó un muestreo aleatorio, probabilístico, sistematizado y estratificado en la población de niños de 8 a 13 años que acudieron a consulta a la UMF 47 del IMSS en el período comprendido entre marzo y agosto del 2015.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Considerando una población finita promedio de 340 menores, a una confiabilidad del 95%, un variabilidad máxima estimada del 50% y un error máximo aceptado de 10%, se estableció mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 75 pacientes.

VARIABLES

Variables independientes				
Tipo de variable independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad	Tiempo total transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa	Cuestionario
Disfunción familiar	El no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares	Presente / Ausente	Cualitativa	APGAR familiar de Smilkestein
Escolaridad	Cursos que un estudiante sigue en un centro docente. Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.	Sin estudios, primaria o secundaria	Cualitativa	Cuestionario
Motivo de consulta	Razón por la cual acudió a la consulta el menor.	Patología		
Obesidad	Exceso de grasa corporal, predominantemente abdominal que varía con la edad, género, genética, o medio cultural	Relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal por edad, mayor del percentil 85	Cuantitativa	Medición de peso y talla

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Se realizó un cuestionario que incluía toda la información que se requería para obtener la base de datos; la cual incluyó: edad, sexo y cuestionario de SMILKESTEIN.

El APGAR Familiar es un instrumento de evaluación familiar de auto aplicación, diseñado para obtener de manera rápida y sencilla la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

El cuestionario adaptado para niños fue realizado en 1989 por Austin y Huberty, es un cuestionario auto administrado que consta de cinco preguntas cerradas. Indica una valoración global de satisfacción con la vida familiar. Útil como prueba de tamizaje. Puntaje mínimo: 0, Puntaje máximo: 10. A mayor puntaje mayor satisfacción.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó apegándose a los principios éticos establecidos en La Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en junio de 1964, cuyos principios básicos son: el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22); incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El deber del investigador deberá ser solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto será siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedentes de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

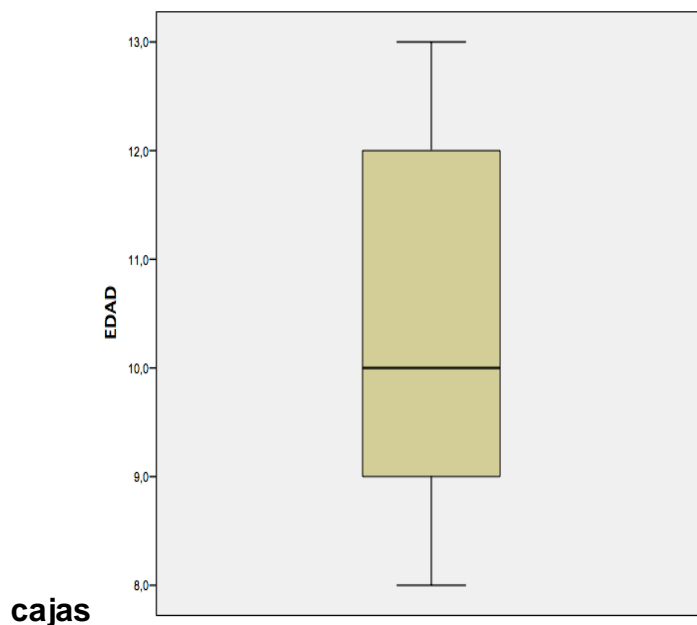
En la publicación de los resultados se preservó la exactitud de los resultados obtenidos, sin hacer alteraciones de ningún tipo.

Resultados

Se analizó un total de 75 pacientes los cuales cumplieran en conformidad con los criterios establecidos en el presente protocolo. El 50% de los evaluados presentaban una edad de 10 años o menos, la edad más frecuente fue de 13 años, lo anterior con la variabilidad de los datos con respecto al promedio de 1.863 años (figura 1)

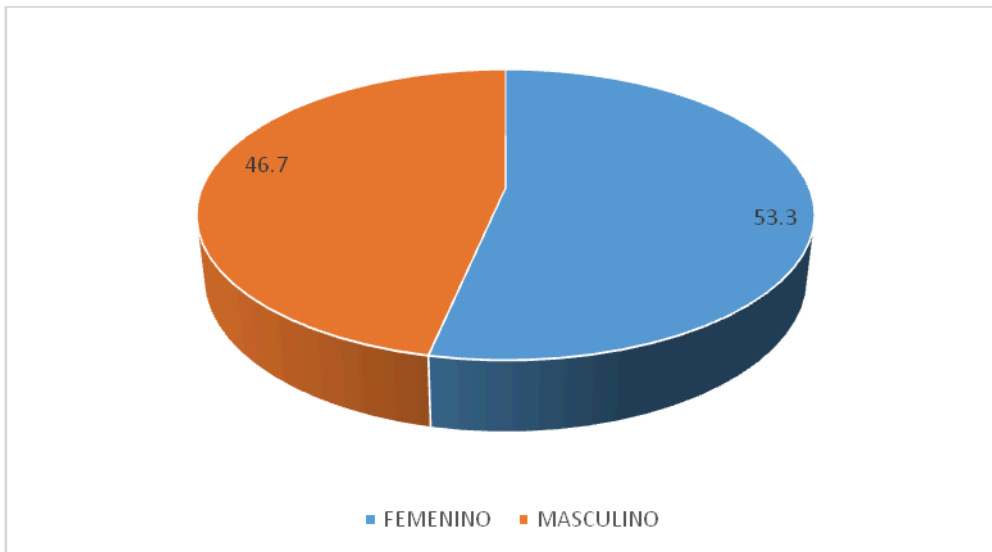
Al analizar el comportamiento por género se puede observar un ligero predominio del femenino en la población (53.3%) como lo muestra la figura 2, A la analizar la figura tres podemos observar una prevalencia de disfunción familiar del 54.7% (figura 3) en la población de estudio, la escolaridad predominante fue la primaria en dos terceras partes de los encuestados (figura 4).

Figura 1 – Distribución de la edad en gráfico de



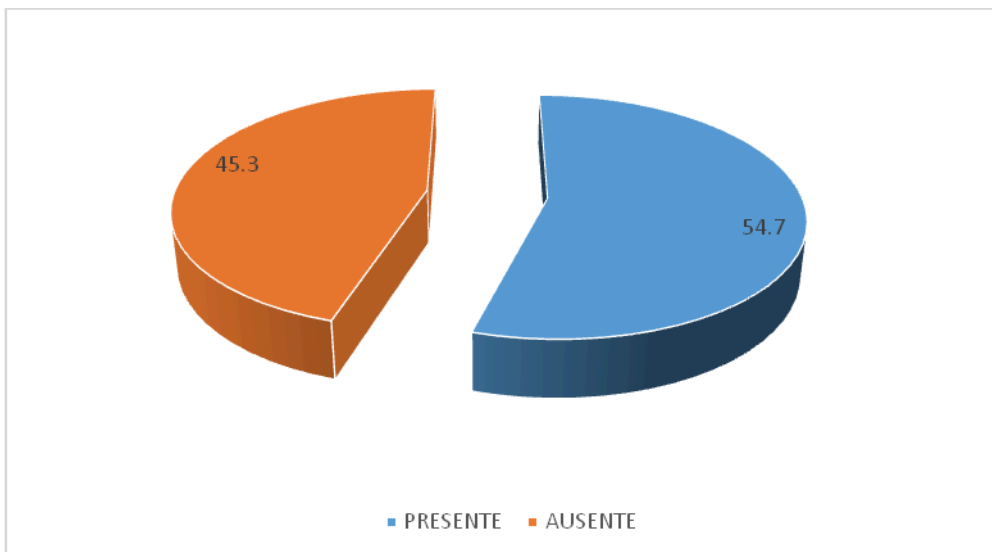
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 2 –género



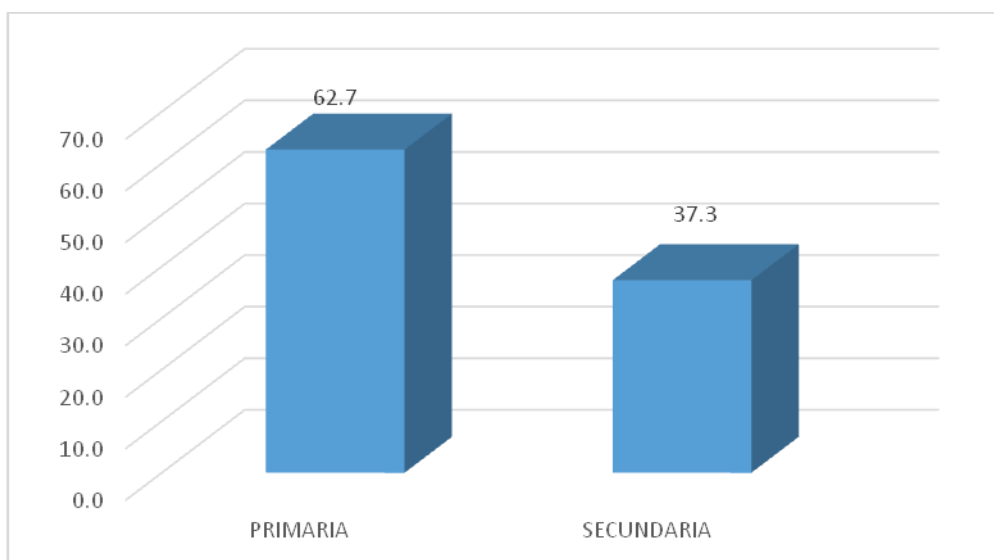
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 3 – prevalencia disfunción familiar



N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 4 – Distribución porcentual del grupo en estudio según escolaridad

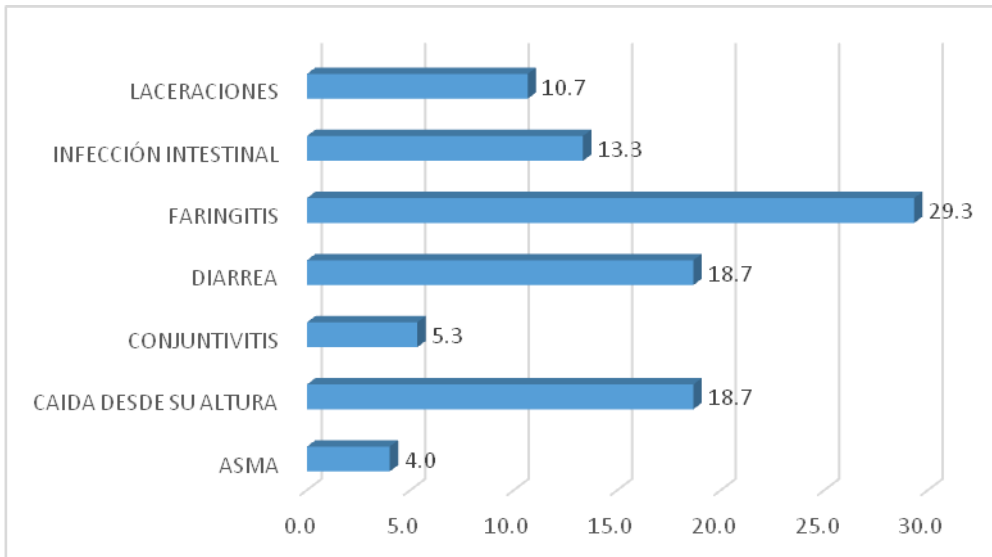


N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Al evaluar el motivo de consulta, observamos un predominio de la faringitis en un tercio de la población 29.30%(tabla 1), seguido de diarrea y caído desde su altura con un 18.7% de prevalencia en ambos casos, el resto de los motivos se distribuyó como lo muestra la figura 5; finalmente observamos una prevalencia de obesidad en el 65% de los menores estudiantes (figura 6).

Al analizar los resultados según los objetivos establecidos, podemos observar la relación de obesidad y escolaridad, así como la relación de obesidad y género en las figuras 7 y 8 respectivamente. No se observó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de disfunción familiar y la presencia de obesidad (Ji2 0.236, Fisher= 0.648).

Figura 5 –motivo de consulta

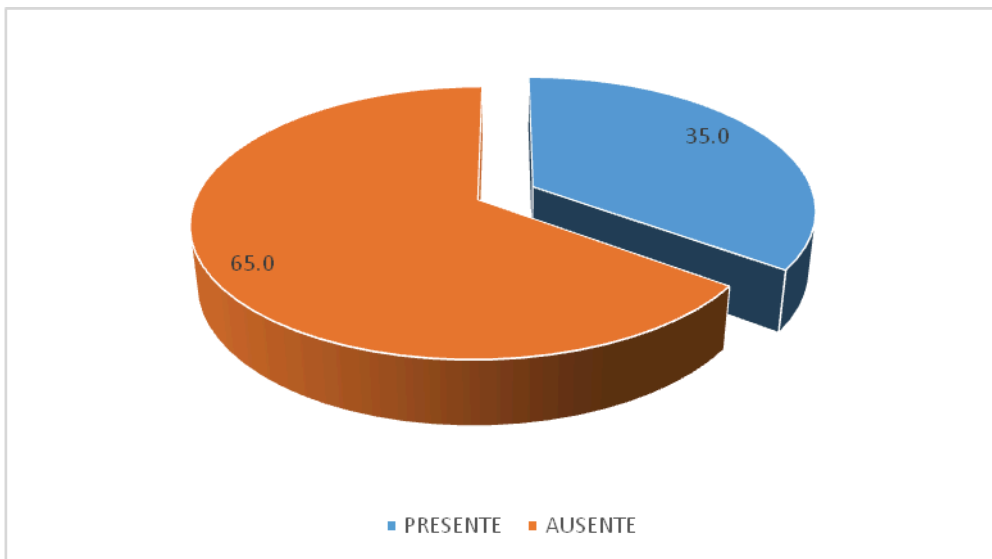


N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

VARIABLE	PORCENTAJE
EDAD: 10 AÑOS	50%
GÉNERO FEMENINO	53.30%
ESCOLARIDAD PRIMARIA	62.70%
MOTIVO DE CONSULTA: FARINGITIS	29.30%
OBESIDAD	35%

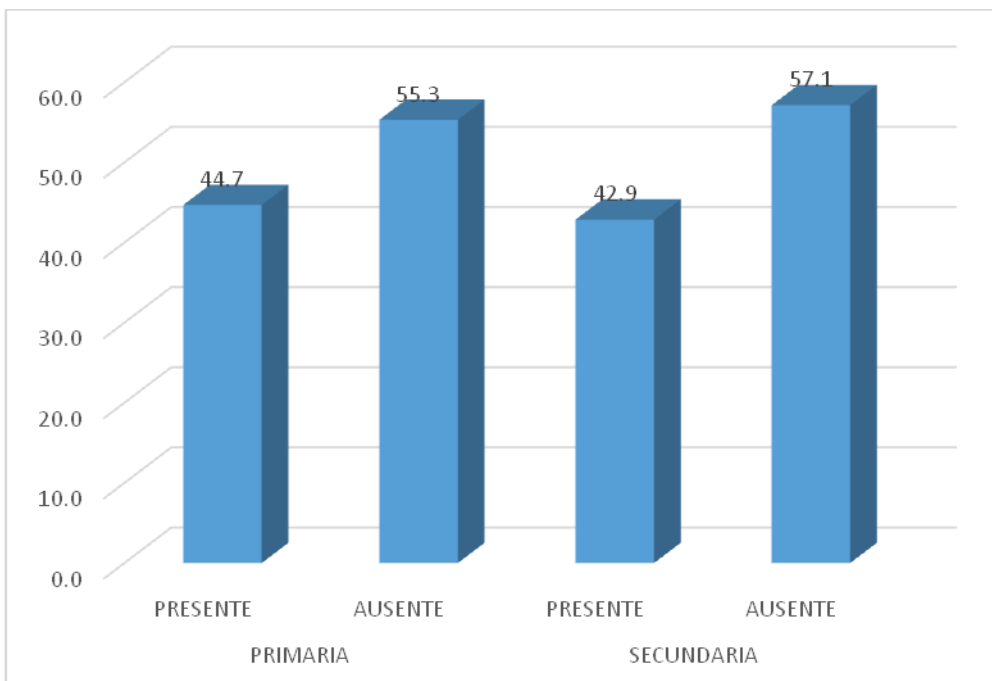
Tabla1.

Figura 6 – Distribución porcentual del grupo en estudio según obesidad



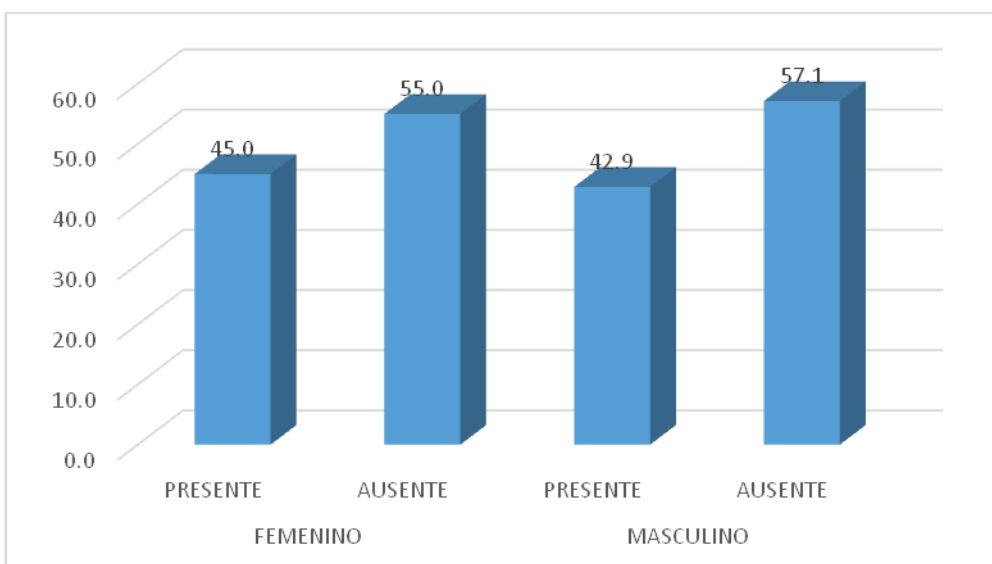
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado

Figura 7 – Distribución porcentual del grupo en estudio según obesidad y escolaridad



N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 8 – Distribución según obesidad y género

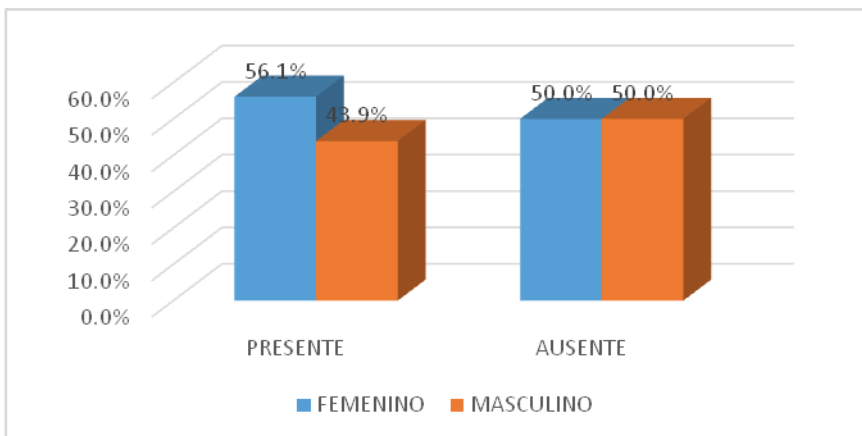


N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Finalmente, al segmentar la población según disfunción familiar por cada una de las variables cualitativas estudiadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre ellos, ellos mediante prueba de hipótesis para proporciones a un 95% de confiabilidad, como lo muestran las figuras de las 9 a la 12.

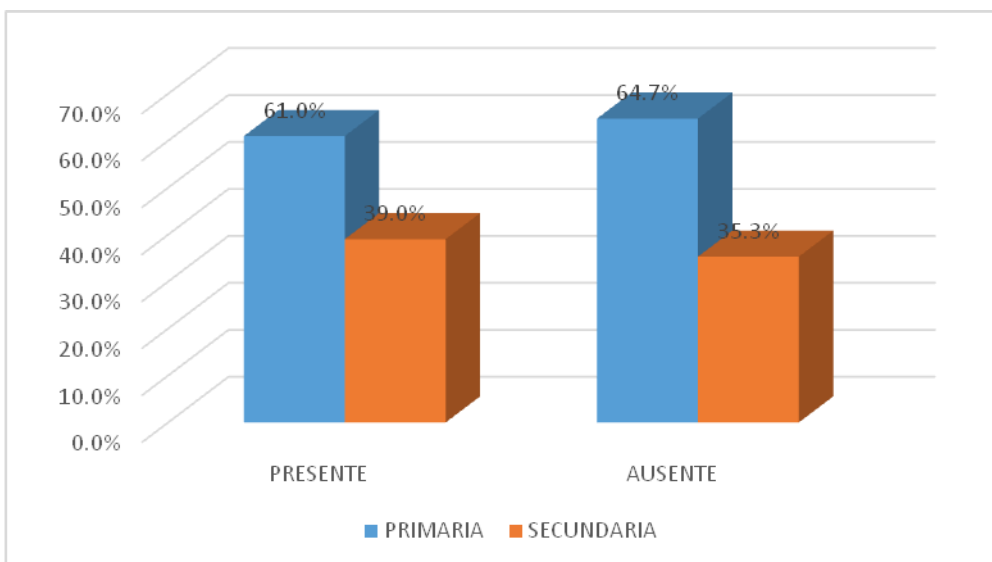
Éste mismo comportamiento se observó al segmentar la población según la presencia ausencia de obesidad mediante las mismas técnicas a la misma confiabilidad, como lo muestran las figuras de la 13 a las 16.

Figura 9 – Distribución porcentual del grupo en estudio según disfunción familiar y género.



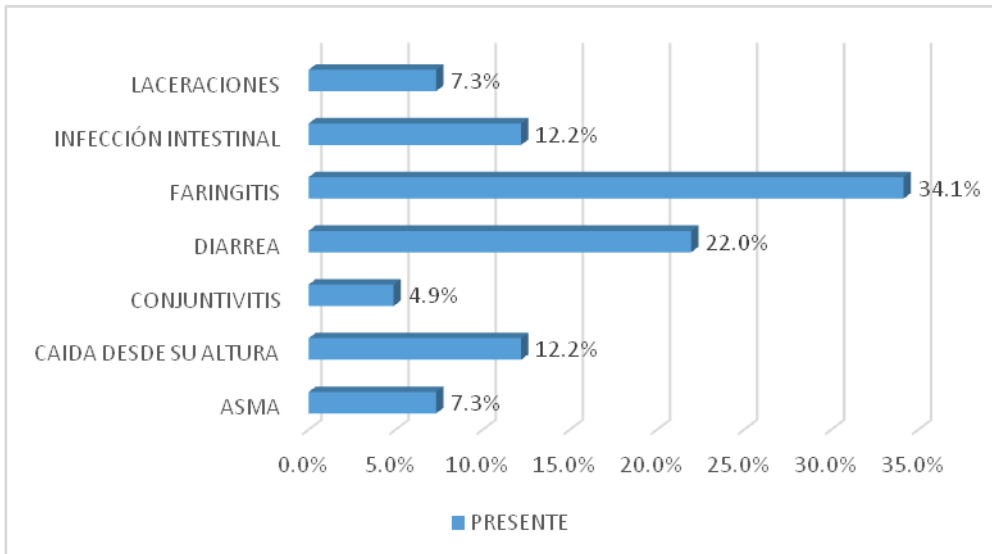
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 10 – Distribución porcentual del grupo en estudio según disfunción familiar y escolaridad.



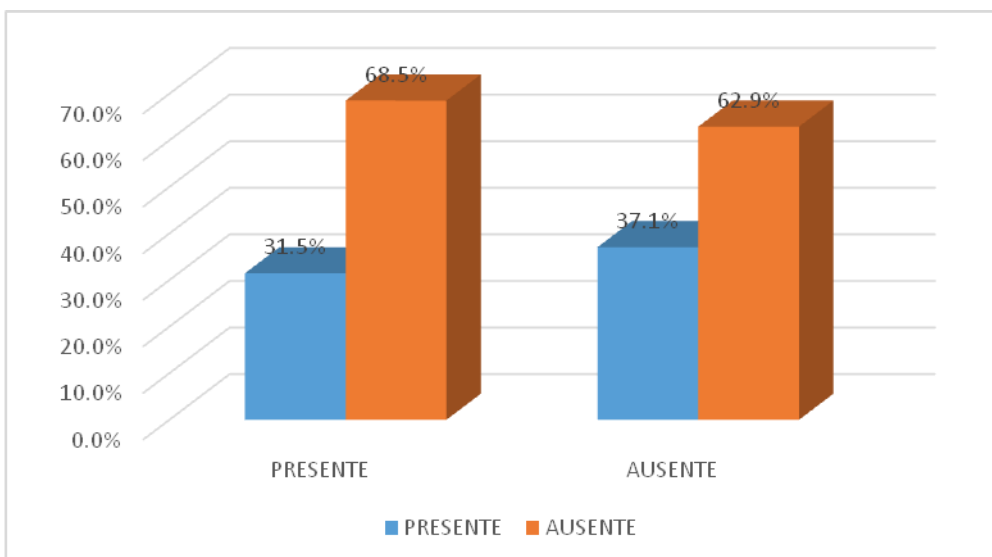
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 11 – Distribución porcentual del grupo en estudio según disfunción familiar y motivo de consulta.



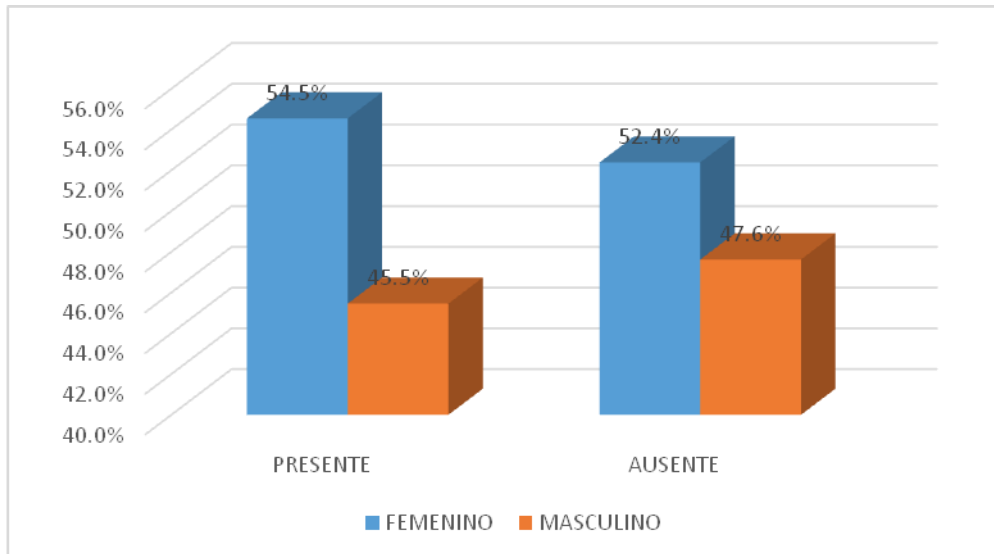
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 12 – Distribución porcentual del grupo en estudio según disfunción familiar y obesidad.



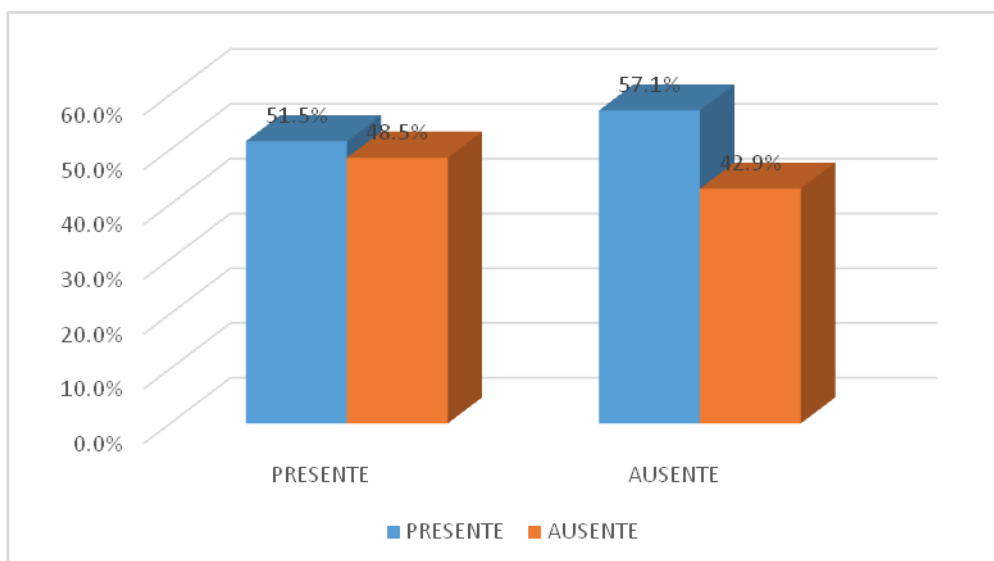
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 13 – Distribución porcentual del grupo en estudio según obesidad y género.



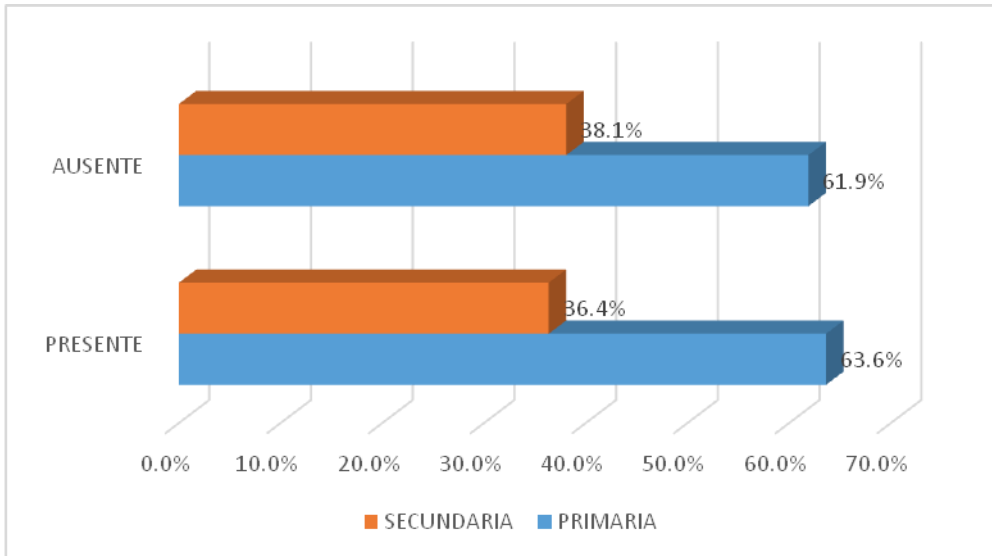
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 14 – Distribución porcentual del grupo en estudio según obesidad y disfunción familiar.



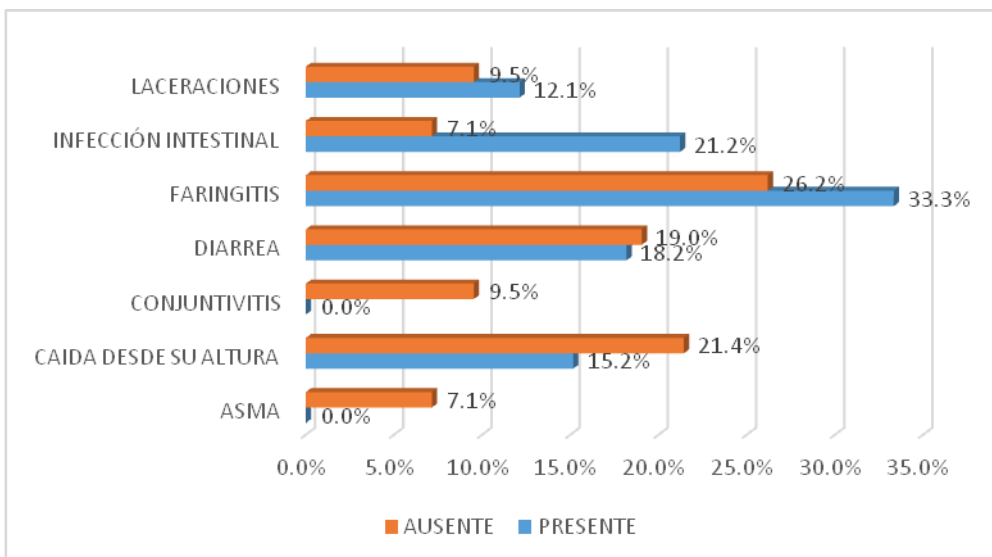
N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 15 – Distribución porcentual del grupo en estudio según obesidad y escolaridad.



N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Figura 16 – Distribución porcentual del grupo en estudio según obesidad y motivo de consulta.



N= 75 pacientes / Fuente: Historia clínica e instrumento especializado.

Discusión

Al analizar los resultados podemos observar que nuestra población es relativamente adolescente, ya que observamos una edad mínima de ocho años y una máxima de 13 años, lo que nos ubica en una población que debería ser físicamente más activa, por lo que debiéramos observar menor porcentaje de obesidad.

Esto resulta preocupante ya que al menos la mitad de los encuestados pertenecen al género masculino y observamos una obesidad de más del 50% (específicamente 65%), este comportamiento no concuerda con lo reportado en estudios epidemiológicos de hace 10 años, lamentablemente concuerda perfectamente con la pandemia de obesidad que afecta nuestro país, según las últimas encuestas nacionales.

A pesar de que para la OMS existe cierta relación entre la disfunción familiar y la obesidad, en el caso del presente estudio, Sin embargo la presencia de obesidad y de disfunción familiar ocupó una tercera parte de los casos, es decir uno de cada tres niños presentaban ambas con morbilidades, lo que nos presenta la posibilidad, de que si bien no existe una relación estadísticamente significativa, La concomitancia de ambas patologías es evidente y a la vez preocupante, debido a su prevalencia nada despreciable.

No podemos asegurar que los presentes resultados no pudiesen cambiar, si incrementáramos la población evaluada, sin embargo, convendría ampliar el grado de evaluación, incluyendo no sólo a los menores sino también a los familiares que integran el núcleo, además de evaluar el comportamiento familiar al respecto de la nutrición y la presencia de otros factores que si bien, no pueden ser considerados como disfunción familiar, si afectan la funcionalidad de la dinámica en la familia.

Conclusiones.

En este estudio realizado en UMF 47 en niños de entre los 8 y los 13 años de edad se trató de demostrar la relación de obesidad infantil y la funcionalidad familiar, sin embargo no existió resultado estadísticamente significativo que lo demostrara, pero si resultó preocupante el alto índice de obesidad infantil que concuerda perfectamente con la pandemia que se vive en nuestro país, y con estudios realización y notificaciones brindadas por la OMS , encontrando entre las principales causas de este padecimiento la ingesta excesiva de carbohidratos y la disminución en la actividad física por el avance de la tecnología en que vuelve a nuestros adolescentes más sedentarios, no hubo gran diferencia entre géneros , es decir se presentó casi la misma cantidad en obesos hombres y obesos mujeres probablemente por el tipo de actividad física similar que estos realizan y la calidad de alimentación consumida y finalmente encontramos que solo una tercera parte de los obesos presentaban algún grado de disfuncionalidad familiar, por lo que no se logró demostrar la relación directa entre obesidad y funcionalidad. Es de gran importancia la intervención del médico de primer nivel ya que debemos realizar acciones preventivas , diagnósticos oportunos y una adecuada canalización a los servicios de nutrición, ya que se ha demostrado la relación que se tiene entre obesidad , Diabetes Mellitus , Síndrome metabólico e Infartos Agudos al Miocardio . Una de las estrategias sugeridas por la OMS para reducción de peso en niños es dejarlos a salir a la calle y parques , pero sobre todo realizar consciencia en los padres que la alimentación de los niños es responsabilidad del adulto , por lo que deberá mejorarse la calidad de la alimentación desde el ms moo momento que se realicen las compras de la canasta básica evitando la compra de comida chatarra y siguiendo los programas de alimentación saludable dentro de los planteles escolares.

Por lo que se termina concluyendo lo siguiente:

1. La población estudiada es preadolescente y presenta importante grado de obesidad.
2. Existe un porcentaje importante de pacientes obesos con familias disfuncionales.
3. Observamos la misma distribución de obesidad en ambos géneros.
4. No existe asociación significativa entre la presencia de disfunción familiar y obesidad en el presente estudio

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castillo-Lancellotti C, Pérez-Santiago O, Rivas-Castillo C, Fuentes-García R, Tur-Marí J.A. Análisis de la publicidad de alimentos orientada a niños y adolescentes en canales chilenos de televisión abierta. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2010; 16 (2): 90-97.
2. Edo Martínez Á, Montaner Gomis I, Bosch Moraga A, Casademont Ferrer MR, Fábrega Bautista MT, Fernández Bueno Á, Gamero García M, Ollero Torres MA. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12 (45):53-65.
3. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr* 2010; 91 (suppl): 1499S-1505S.
4. Pérez EC, Sandoval MJ, Schneider SE, Azula la. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008; N° 179: 16-20.
5. García Mérida MJ, Ruiz Pons M. Ejercicio Físico. *Can Ped*. 2009; 33 (2): 135-37.
6. Luján Sánchez AM, Piat GL, Ott RA, Abreo GI. Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2010; 197: 19-24.
7. Guerra Cabrera CE, Cabrera Romero AC, Santana Carballosa I, et al. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia. *Medisur* 2009; 7 (1).

8. Quiles Izquierdo J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Román B, Aranceta J. Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. *Rev. Esp Nutr Comunitaria* 2008; 14(3): 142-149.
9. Ortiz Ramírez OE. Obesidad en la niñez: La pandemia. *Revista Mexicana de Pediatría* 2009; 76 (1): 38-43.
10. Pérez-Salgado D, Rivera-Márquez JA, Ortiz-Hernández L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud Pública Mex* 2010; 52: 119-126.
11. Romero Noreña A, Rodríguez Martínez G, Fuentes Fernández-Espinar J, et al. Proyecto de intervención educacional sobre alimentación y actividad física en niños oscenses (PIANO). Prevalencia inicial de obesidad. *Revista Española de Obesidad* 2009; 7 (3): 166-172.
12. Llargués E, Franco R, Recasens A, Nadal A, Vila M, Pérez MJ, Martínez-Mateo F, Recasens I, Salvador G, Serra J, Castells C. Estado ponderal, hábitos alimentarios y de actividad física en escolares de primer curso de educación primaria: estudio AVall. *Endocrinol Nutr.* 2009; 56 (06): 287-92.
13. Domínguez-Vásquez P, 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
14. Córdova-Villalobos JA. El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. *Cir Cir* 2010; 105 (2): 105-107.
15. Planas Juan T, Moreo Mir I, Vidal Thomàs C, Perello Beau M, Miralles Xamena J, Pérez Mariano DM y Ripoll Amengual J. Hábitos de alimentación y actividad física en un instituto de educación secundaria de baleares. *Enferm Clin.* 2012; 22 (03): 144-7.

16. Tortosa A, Seguí-Gómez M, de la Fuente C, Alonso A, Martínez-González MA. Diferencias en estilos de vida y calidad de la información autorreferida según nivel de estudios: el proyecto SUN. Rev Med Univ Navarra vol 52, Nº 3, 2008, 15-19.
17. Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Noalbus Ruiz JP, et al. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutr Hosp. 2010; 25 (5): 823-831.
18. Garasky, S., D Stewart, S., Gundersen, C., & Lohman, B. J. (2008). Los factores estresantes familiares y la obesidad infantil. Departamento de Desarrollo Humano y Estudios de Familia.- Universidad Estatal de Iowa. EE.UU. Marzo 2008 pp 22-26.
19. Alustiza E., Aranzeta J., Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en atención primaria.- Revista Española Nutrición Comunitaria. España 2004 vol. 10 no. 4, pp 192-96.
20. Islas Ortega Laura, P. G. (2006). Obesidad Infantil. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Instituto Nacional de Salud Pública, México D.F. Noviembre 2006. Pp.1-6.
21. Minuchin, S., & Nichols, MP. (1993). Curación Familiar: Estrategias para la Esperanza y Comprensión. Revista de la Asociación Médica Americana. EE.UU. 1993. No. 288 pp 1728-1732.
22. López, A., & Mancilla, D. (2000). La estructura familiar y la comunicación en obesos y normopeso. Revista Mexicana de Psicología México D.F. 2000
Vol 17 no. 1 pp. 65-75.
23. Herrera Santí, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana Cuba 1997. Vol 13. No. 6 pp. 591-595
24. Sandoval Montes I., Romero E., Vázquez e., González J., Martínez H., Sánchez E., Troyo R. Obesidad en Niños de 6 a 9 años. Factores

socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010. Guadalajara Jalisco, México. 2010. Vol. 48, no. 5, pp. 485-90

25. Toussaint, G. Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. Bol. Med. Hospital Infantil de México. México, D.F. 2000. Vol. 57 no. 11 pp.650-62.

26. Meléndez, G. Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar. 1a. Edición. México, D.F. Edit. Panamericana, 2008

27. Herzer, Michelle PhD., Godiwaba, B. N., Hommel, K. A., Driscoll, K., Mitchel, M., & Crosby, L. (2010). Funcionamiento Familiar en el contexto de los trastornos crónicos. Journal or Developmental & Behavioral Pediatrics, EE.UU. Enero 2010 Vol. 31 no. 1 pp. 26-34.

28. Ventura A., Savage J., May A., Brich L. Predictores psicosociales, familiares y conductuales tempranos de sobrepeso y obesidad infantil.- Enciclopedia sobre el desarrollo de la Primera Infancia. (En línea) Pennsylvania State University, EEUU. 2010

ANEXOS



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NÚCLEOS FAMILIARES CON OBESIDAD INFANTIL
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Lampazos, Nuevo León
Número de registro:	R-2015-1912-1
Justificación y objetivo del estudio:	México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial en obesidad, después de los Estados Unidos de América. En los últimos años, se ha observado un incremento en el sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente de todo el país. La familia juega un papel determinante en la generación de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica.
Procedimientos:	Realizaremos un estudio, en una muestra significativa de la población infantil que acude a consulta a la UMF 47 del IMSS en el período comprendido entre Marzo 2015 y Agosto del mismo año. Una vez leído y aceptado el consentimiento informado (firmado por el tutor legal), se aplicara en el grupo en estudio un cuestionario para definir las características de los menores (Anexo 21) y posteriormente se aplicará el test de APGAR familiar de Smilkestein a dichos tutores legales. Los datos serán recabados en el instrumento mencionado y posteriormente vaciado a una base de datos.
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo, puede haber resistencia social al tema
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar el impacto de la obesidad infantil en la familia, específicamente en la presencia de disfunción.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez identificado el problema, se generará un programa de abordaje integral a pacientes y familia
Participación o retiro:	El paciente puede negarse a contestarla encuesta en el momento que desee sin que ello afecte la calidad de su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	El estudio se realizara apegándose a los principios éticos establecidos en La Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en junio de 1964, cuyos principios básicos son: el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la

participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador deberá ser solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto será siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedentes de las leyes y regulaciones (Artículo 9).
En la publicación de los resultados se preservara la exactitud de los resultados obtenidos, sin hacer alteraciones de ningún tipo.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Establecer si existe asociación entre la disfunción familiar y con la presencia de obesidad infantil.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Francisco Javier Hernández Olivas. Correo.-
pancho20595@hotmail.com

Colaboradores:

Dra. Hermenegilda Rivera Rodríguez Correo.-
hermenegildarivera@gmail.com.

Dra. Ma. Guadalupe Tepetla González

Tutor.

Dra. Janet Soltero Esparza

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: comision.etica@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

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

RESUMEN

Título del protocolo.- DISFUNCIÓN FAMILIAR EN NÚCLEOS FAMILIARES CON OBESIDAD INFANTIL

Autores.- Dr. Francisco Javier Hernández Olivas, Dra. Hermenegilda Rivera Rodríguez, Dra. Ma. Guadalupe Tepetla González

Tutor.- Dra. Janet Soltero Esparza

Antecedentes: México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial en obesidad, después de los Estados Unidos de América. El Instituto Nacional de Salud Pública, desde la publicación de su Encuesta de Salud y Nutrición de 2006 (ENSANUT 2006), ha dado voz de alarma acerca del incremento dramático que han tenido las tasas de sobrepeso y obesidad en México, ya que 70% de los adultos mexicanos la padecen. En los últimos años, se ha observado un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente de todo el país. La familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional.

Objetivo.- Establecer la presencia o ausencia de asociación entre la disfunción familiar con la presencia de obesidad en la población infantil que es llevada a consulta a la UMF 47 del IMSS en el período comprendido entre Marzo del 2015 y Agosto del mismo año

Material y métodos: Se desarrollara un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y analítico comparativo, en una muestra significativa de la población de menores de edad que acude a consulta a la UMF 47 del IMSS en el período comprendido entre Marzo del 2015 y Agosto del mismo año

Discusión: Resulta preocupante los resultados obtenidos ya que al menos la mitad de los encuestados eran masculinos y concuerda perfectamente con la pandemia de obesidad que afecta nuestro país sin embargo no fue estadísticamente significativo la relación con disfunción familiar.

Resultados: Existió una prevalencia de disfunción familiar del 54.7% en la población de estudio, siendo la faringitis el principal motivo de consulta, y encontramos una prevalencia de obesidad en el 65 % de los menores.

Conclusiones: No se estableció relación directa entre funcionalidad familiar y niños de 8 a 13 años de UMF 47

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR DE SMILKESTEIN

Nombre del paciente: _____

	Nunca	Algunas veces	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero.			

Total de puntos_

