



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 45, SAN LUIS POTOSÍ



PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES
ADOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE
FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA LETICIA RAFAELA ROMERO MEJIA



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.

PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES
ADOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE
FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA LETICIA RAFAELA ROMERO MEJIA

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45

DR. AGUSTIN FLORES MOJICA

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MÉDICO EPIDEMIOLOGO

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PÉREZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRIGUEZ

ASESOR ESTADISTICO

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES
ADOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE
FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA LETICIA RAFAELA ROMERO MEJIA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

INDICE

1. Título
2. Índice general
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos
 - General
 - Específicos
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)
8. Metodología
 - 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
 - Descripción (análisis estadístico) de los resultados
 - Tablas (cuadros) y gráficas
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados
11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)
12. Referencias bibliográficas
13. Anexos

Antecedentes y Marco teórico

Existen diversas formas de malnutrición: desnutrición y obesidad con implicaciones en el desbalance de prácticas dietéticas y estilo de vida que resultan en enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes.

Todas las formas de malnutrición se asocian con costos significativos en morbilidad y mortalidad. Además de costos económicos especialmente en países donde coexisten condiciones de desnutrición y sobrealimentación como es el caso de países ricos y actualmente manifestándose en países pobres la misma magnitud.

La condición resultante del consumo y absorción deficiente de alimentos y/o nutrimentos se conoce como desnutrición. La desnutrición tiene como causas biológicas inmediatas la ingestión dietética inadecuada y la elevada incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias que aumentan las necesidades de algunos nutrimentos, disminuyen su absorción o provocan pérdidas de micro nutrimentos.

A estos factores se une la pobreza, la falta de cobertura de servicios sanitarios y de salud, que sean efectivos y de alcance a una buena parte de la población. Entre las etapas de la vida consideradas como vulnerables o de alto riesgo además de su interés en el campo de la salud pública se encuentran los menores de 5 años y la etapa escolar, que tiene especial importancia en el establecimiento de hábitos alimentarios, por ser estos años determinantes en el proceso de aprendizaje y formación.

Las costumbres adquiridas durante esta etapa tendrán influencia a lo largo de toda la vida del individuo. En la actualidad se está apreciando un incremento

epidémico de la prevalencia de obesidad en la infancia. Aun para la OMS desde 1977 se reconocía que se disponía de muy poca información sobre la obesidad del niño en diferentes partes del mundo y que no existía ninguna teoría universalmente aceptada, las relaciones entre obesidad de la infancia y la del adulto¹.

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 y en comparación a la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparado con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares². Ver cuadros 1 y 2.

CUADRO 1. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS			
OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS	1999	2006	INCREMENTO 1999 A 2006
Prevalencia nacional en niños	5.3%	9.4%	77.0%
Prevalencia nacional en niñas	5.9%	8.7%	47.0%

CUADRO 2. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE 5 A 11 AÑOS			
OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS	1999	2006	INCREMENTO 1999 A 2006
Prevalencia nacional	18.6%	26.0%	39.7%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, INSP. 2006.

Los factores que contribuyen a esta situación son múltiples, algunos bien caracterizados y otros aún mal conocidos. Sin embargo está documentado que en el 95% de los casos de obesidad infantil se debe a esta causa.

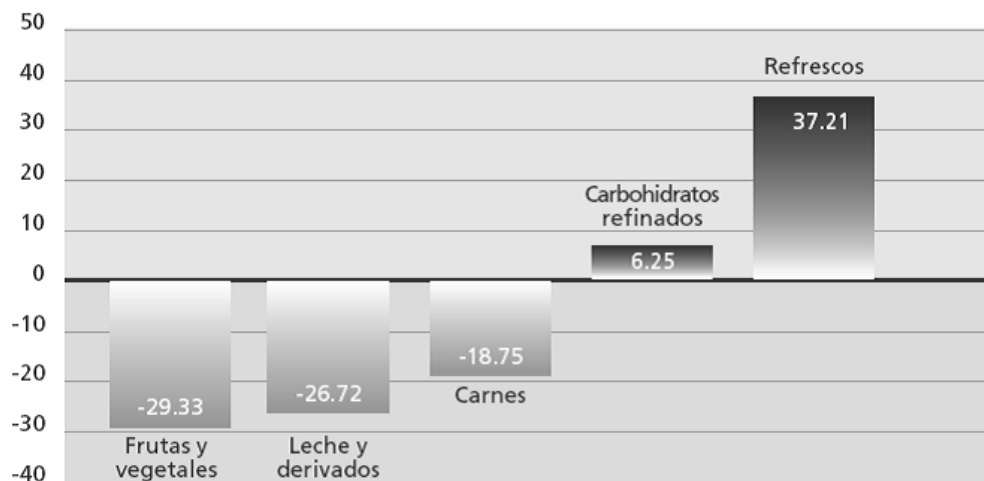
En México el factor de riesgo que más se asocia a la obesidad en los niños es la modificación en los patrones de alimentación con dietas con un alto valor calórico, y la disminución en el grado de actividad física².

Con respecto a la alimentación el estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, en el año 1998 describe que los productos en los cuales más gastan los mexicanos no satisfacen todas las necesidades nutricionales de un grupo importante de hogares³.

Con respecto a la actividad física, la obesidad está asociada al sedentarismo producto del esquema de las condiciones de la vida urbana lo que conlleva a un mayor tiempo dedicado a ver la televisión y a los videojuegos; en la población mexicana se estimó que por cada hora de televisión incrementa 12% el riesgo de obesidad en niños de 9 a 16 años, en los cuales se encontró que dedican en promedio 4.1 ± 2.2 horas/día a ver televisión o jugar videojuegos⁴. Ver figura 1

FIGURA 1. CAMBIOS EN EL GASTO EN ALIMENTOS ENTRE 1986 Y 1998, SEGÚN LA ENIGH*

PORCENTAJE DE CAMBIO



* Análisis de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH), INEGI.
Fuente : Rivera-Dommarco J, Barquera S et al. Public Health Nutrition, 2002:5(1A),113-122

Por otra parte, hasta hace poco, en el mayor parte de los países del mundo, los pediatras apenas se preocupaban de los problemas relacionados con la obesidad infantil.

El enfoque y preocupaciones solo se centraban en la desnutrición. La obesidad era bastante infrecuente y a menudo se asociaba e enfermedades hereditarias. Ocasionalmente niños procedentes de familias particularmente obesas mostraban también obesidad aunque ello no suscitaba demasiado intereses y la problemática que suponía ser obeso era ante todo psicológica (por el hecho de ser considerado anormal o bien estaba relacionada con las consecuencias en el sistema óseo de un sobrepeso importante en un niño en crecimiento^{5,6}.

La situación ha cambiado por completo, debido al crecimiento extraordinario de la prevalencia de la obesidad infantil en todo el mundo. A comienzos de los años 90 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó grupos de expertos nutricionistas, epidemiólogos y especialistas en salud pública con el objetivo de desarrollar una metodología universal de valoración del estado físico de niños y adultos se hizo un especial hincapié en el problema persistente de cómo determinar la malnutrición infantil, pero la cuestión del sobrepeso en el niño continuo siendo ignorada por completo y recibió tan solo una atención limitada o nula. Incluso en 1997 fue preciso reconocer que disponíamos de muy poca información sobre la obesidad del niño en diferentes partes del mundo y que no existía ninguna teoría universalmente aceptada sobre las relaciones entre obesidad de la infancia y la del adulto.

Un grupo de la OMS se centro en crear nuevos criterios para definir la obesidad infantil ya que sin una definición sobre la que todos estén de acuerdo, sería en efecto difícil progresar en el reconocimiento de la magnitud del fenómeno o en la vigilancia de la evolución de la epidemia¹.

Hay consenso sobre el hecho de que es preciso limitarse a los niños de edad escolar para evaluar el riesgo de persistencia de la obesidad, la cual es totalmente diferente a determinar cuántos adultos obesos tenían ya exceso de peso en la infancia, sin embargo teniendo en cuenta el aumento de la obesidad en la infancia, su prevalencia en el adulto, no puede predecirse a partir de los datos

de la infancia. Sin embargo está claro que el aumento de la obesidad en el niño anuncia una mayor carga para la salud en la edad adulta⁸.

Así, el grupo de la Internacional Obesity Task Force (IOTF) llegó a la conclusión de que se podía crear un enfoque que combinara las definiciones en el niño y el adulto tomando a los 18 años los percentiles correspondientes respectivamente, a un IMC de 25 para el sobrepeso y del 30 para obesidad y conservando esos mismos percentiles en todas las cohortes de edad para determinar de forma independiente la existencia de sobrepeso y obesidad en chicos y chicas^{7/}

En la actualidad, existen pruebas sólidas que muestran que los niños con peso más elevado tienen durante la adolescencia una presión arterial más alta y valores más elevados en sangre de triglicéridos, colesterol, glucosa e insulina. Parte de esta alteración metabólica guarda relación con el depósito selectivo de grasa en el abdomen que se observa en el niño⁹. No obstante, no se ha identificado ningún valor de referencia sobre el perímetro abdominal, que permite precisar un aumento del riesgo metabólico.

Edad (años)	MUJERES			
	IMC BAJO	IMC NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10	<13.7	16.9	>19.9	>24.1
11	<14.2	17.5	>20.7	>25.4
12	<14.5	18.1	>21.7	>226.7
13	<15.0	18.7	>22.6	>27.8
14	<15.4	19.4	>23.3	>28.6
15	<19.9	19.9	>23.9	>29.1
16	<16.4	20.5	>24.4	>29.4
17	16.8	20.9	>24.7	>29.7
18	17.2	21.3	>25.0	>30.0

19	17.4	21.6	>25.0	>30.0
----	------	------	-------	-------

Edad (años)	HOMBRES			
	IMC BAJO	IMC NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10	<14.0	16.6	>19.8	>24.0
11	<14.3	17.2	>20.6	>25.1
12	<14.7	17.8	>21.2	>26.0
13	<15.1	18.5	>21.9	>26.8
14	<15.7	19.2	>22.6	>27.6
15	<16.2	19.9	>23.3	>28.3
16	<16.8	20.6	>23.9	>28.9
17	<17.3	21.2	>24.5	>29.4
18	<17.9	21.9	>25.0	>30.0
19	<18.3	22.5	>25.0	>30.0

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal (IMC = peso en kg /talla en m²). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del cantil 85¹³.

Si los niños alcanzan la edad adulta con un IMC de 29 o más el riesgo de desarrollar diabetes es 30 veces más elevado que el de aquellos que tienen un peso normal: este riesgo es 80 veces mayor si estos adultos jóvenes obesos aumentan su peso otros 20 kgs. O más en los siguientes 14 años¹⁰.

Existe también un claro riesgo posterior de morbilidad aumentada en los adolescentes con sobrepeso, especialmente de gota, en los varones y de trastornos menstruales y reumáticos en las mujeres.

Así pues además del aumento de la mortalidad, se constatan precozmente trastornos funcionales sustanciales como consecuencia de la obesidad que se desarrolla en fases tardías de la infancia¹⁰.

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético¹¹.

En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad¹³.

Para la realización del presente trabajo, la determinación de sobrepeso y obesidad en adolescentes se hizo con base en las tablas publicadas en las Cartilla Nacional de Salud para adolescentes de 10 a 19 años de edad del Sector Salud y en donde se establecen los siguientes puntos de corte¹⁴:

No existen al momento antecedentes de una investigación similar a la presente con los valores ya citados el Índice de Masa Corporal¹⁴ usado como parámetro para categorizar el estado nutricional y el diagnóstico de sobrepeso y obesidad tanto en niños como en adultos., está considerado como un índice de adiposidad sobre todo en adultos, no así en la población infantil en la que los estudios aun no son concluyentes, sin embargo Maynard y cols.¹⁵ encuentran que la correlación entre IMC y el porcentaje de grasa corporal total indicando que dicho índice explica el 41 al 88% la varianza en el porcentaje de grasa corporal o la grasa corporal total en niños, las correlaciones correspondientes en los niños fueron menores en un rango de 0.37-0.78 para el porcentaje de grasa corporal y de 0.67 a 0.90 para la grasa corporal total lo que indica que el IMC explica más del 25% de la varianza en la masa magra en la mayoría de las edades. Vázquez y cols.¹⁶ reportan una correlación de 0.89 entre el peso y la grasa corporal en su estudio con población adolescente de Sonora México, sin embargo, no hacen diferencias por género, edad en años y tampoco analizan la masa magra, ni el agua corporal total.

La determinación de sobrepeso y obesidad en adolescentes, tomando en consideración los valores referidos en la Cartilla Nacional de Salud en el adolescente pretenden ser una aportación de este trabajo para futuras investigaciones.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999, 27.5% de los niños en edad escolar presentan sobrepeso. Los niños obesos tienen una morbilidad y mortalidad superior a aquellos niños que no lo son¹⁹.

Según un comunicado de prensa del 2006 de la Secretaría de Salud, el Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" declaró que el 40% de la población infantil en nuestro país sufre sobrepeso y obesidad²⁰.

Los niños con obesidad pueden sufrir de hipertensión, colesterol elevado y resistencia a la insulina desde la infancia o pubertad y continúan con el riesgo en la etapa adulta.

En varones, aumenta el riesgo de aterosclerosis, infartos al miocardio, accidentes vasculares cerebrales, diabetes así como cáncer de colon.

Las mujeres en cambio, son proclives de padecer artritis degenerativa, aumento de la presión arterial en el embarazo y predisposición de fracturas de cadera²⁰.

Especialistas del Instituto Nacional de Pediatría calculan que niños con sobrepeso de 25% adicional al normal tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones

hormonales. En la mujer, puede generar infertilidad, ovarios poli quísticos y alteraciones del ritmo menstrual.

Se calcula que la hipertensión arterial, es un problema que no se detecta en la etapa de niñez y adolescencia, presentándose cifras de 120/70 mmHg, cuando lo normal es de menos de 100/60 mmHg antes de empezar la pubertad.

Tampoco se identifica el incremento del colesterol que suele tener cifras normales de adultos, pero que en niños y adolescentes pueden ya estar elevados.

Por problemas de obesidad, durante la pubertad son más proclives al suicidio, a las adicciones al alcohol, tabaco y otras drogas y a desarrollar alteraciones de la alimentación como anorexia y bulimia²¹.

QUÉ ES LA FAMILIA?

La familia es la unidad básica de la sociedad humana; centro fundamental del desarrollo de la vida afectiva y moral del individuo. Constitución política, capítulo 2, artículo 42: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla”.

La familia es una estructura social vital en toda comunidad. Las definiciones de familia tienden a referirse a las relaciones de consanguinidad y a un sistema compartido de valores, pero las familias son tan diversas como los individuos que la componen. Algunos utilizan el término “parentesco” para referirse a la familia biológica, es decir, a los parientes por sangre o ancestro, en la cual uno nace y “vinculo” hace referencia a la familia que uno escoge. Uno puede pertenecer simultáneamente a las dos.

La familia es un sistema social viviente, fuente tanto de gran tensión como de recursos de apoyo. “La familia es el principal y más poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial, así como la mayor fuente de estrés” (Fogarty, correspondencia persona, 1997); Los lazos emocionales entre los miembros de las familias se encuentran entre los más iniciales y poderosos lazos experimentados, conectando entre sí a los miembros de la familia a lo largo de sus vidas y aún después de su muerte, trascendiendo el tiempo, la distancia y los conflictos. Esta conexión emocional es una característica básica de la familia²².

La familia puede considerarse como un sistema complejo en la que sus miembros desempeñan distintos roles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia; como un todo contribuyendo así a la sociedad en la que se encuentra inmersa.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Función biológica: satisfacción sexual del hombre y la mujer. Además la reproducción humana.

Apoyo mutuo. Cuando hay dificultades o problemas que amenazan la integridad de uno o varios de sus miembros.

Crianza de los hijos. Suministro de elementos biológicos, clima emocional para el desarrollo, establecimiento de límites y apertura de oportunidades según el momento en el ciclo de la vida.

Socialización. La familia trasmite valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social complejo y competitivo.

Afecto y ambiente para expresión de emociones (rabia, temores, alegrías, entre otros)

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Los seres humanos pertenecemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales: trabajo, escuela, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios, asociaciones y otros. Sin embargo, la familia es el sistema donde se alianzan las emociones, las creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y, con frecuencia, la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso.

La familia es mucho más que una colección de individuos. Es la institución educativa por excelencia. Si es flexible, podrá adaptarse y buscar alternativas apropiadas ante los continuos retos.

Si es rígida, su pronóstico de supervivencia es mínimo. Los roles se establecen por costumbres social y cultural, pero el intercambio de los mismos, cuando se necesita, es un signo de salud. Una familia funcionando puede representarse de manera análoga a una danza en la que los integrantes cumplen roles diferentes, pero cuando lo hacen en forma armoniosa son estéticamente funcionales.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Toda familia cuenta con una historia natural que la hace cursar o transitar por sucesivas etapas mediante las cuales los miembros que la conforman experimentan una serie de cambios que podríamos definir como leyes naturales que influyen en la conducta y por ende en el modo de vida de cada individuo. Cada una de las etapas del ciclo vital de la familia implica determinadas fases y crisis de desarrollo. Así como ciertos riesgos y determinadas tareas en cada uno de los campos: Biológico, psicológico y social. El evaluar cada etapa del ciclo vital de la familia permite al equipo de salud, especialmente a la enfermera el entendimiento y abordaje de

cualquier situación de crisis por la que atraviere una familia en determinado momento de la vida. De esta manera es posible desarrollar actividades preventivas y a su vez contribuir con la evolución de una enfermedad dependiendo del estadio que la familia se encuentre cursando²⁴.

RÁFICO DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA



TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

La tipología familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.

Por convivencia de generaciones:

- **La familia nuclear:** donde conviven dos generaciones, los padres y los hijos.
- **La familia extensa:** aquella integrada por tres generaciones: abuelos, padres e hijos.
- **La familia extensa ampliada:** integrada por las tres generaciones abuelos, padres e hijos y los parientes colaterales: tíos, primos u otros familiares de distintas generaciones.
- **La familia extensa modificada:** que reconoce la convivencia bajo un mismo techo de varios núcleos familiares.
- **La familia monoparental:** formada por una madre y los hijos o un padre y los hijos.
- **La familia adoptiva:** que reconoce la crianza de un niño o un grupo de niños sin lazos parentales, pero que actúan como su propia familia, confiriendo derechos, obligaciones y estableciendo vínculos similares a los que otorga la familia de sangre.

RECURSOS FAMILIARES

Son todos aquellos factores que contribuyen a la constante evolución, desarrollo y crecimiento de cada uno de los miembros de la familia en todos los aspectos: cultural, social y personal.

RECURSOS:

1. Trabajo (financiero)
2. Medios de información.
3. Educacional.
4. Soportes estructurales (vivienda, lecho, etc.)
5. Tiempo (recreacional.)

6. Religioso.
7. Tecnológico.
8. Salud.
9. Especializados: psicólogo, terapeuta familiar.
- 10 .Grupos de apoyo social: generales y específicos.

VALORACIÓN DE LA FAMILIA

Permite obtener un conocimiento integral del estado general de la salud familiar. Así como identifica el estado de cada uno de los miembros que la componen. Brinda al profesional de enfermería las pautas para definir la manera en que las familias se constituyen, se desarrollan y avanzan. Gracias a un estudio completo y detallado que se obtiene a través de la anamnesis. Basada en diversos instrumentos como: el familiograma, ecomapa, apgar, ciclo vital de la familia y tipología familiar. De esta manera el equipo interdisciplinario puede llevar a cabo diagnósticos con su respectivo plan de cuidados. Disminuyendo los factores de riesgo que pueden amenazar la integridad de la familia.

TIPOLOGIAS FAMILIARES

Familia y su organización

Cuando hablamos de organización nos referimos a las diferentes relaciones básicas que deben existir entre los componentes de un sistema para que este sea identificado como perteneciente a una clase determinada es decir que la organización define la identidad para el caso que nos ocupa una definición que establece la organización que deben de tener los diferentes grupos para ser catalogados como familia es el siguiente:

La familia es una unidad básica de la sociedad donde dos o mas adultos con o sin niños o también un adulto con niños tienen el compromiso de nutrirse emocional o físicamente y deciden compartir recursos tales como tiempo espacio y dinero. "Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay sensación de hogar²⁵"

Estructura

Se refiere al modo particular donde se realiza la organización de un sistema dado. "conjunte invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia; una familia es un sistema que opera a través de pautas transnacionales acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse y estas pautas sostienen el sistema.

Parentesco y tipología familiar

El criterio de parentesco y el vivir bajo un mismo techo son elementos definitivos para considerar a una familia como tal pues vivir bajo un mismo techo así no se tenga lazos de consanguinidad implica serias obligaciones de solidaridad, tanto en cuestiones materiales como psíquicas o morales

Tipologías

Nuclear:

Se rige por un principio de parentesco, de tal manera que el núcleo familiar lo constituye, la pareja y uno o más hijos. Este tipo de familia también se conoce como familia "elemental" o "conyugal"

Hay un predominio de lo afectivo sobre lo económico siendo este último un factor muy determinante en los conflictos

Familia nuclear incompleta

Se le denomina familia nuclear incompleta a una familia nuclear donde falta uno de los miembros el esposo, la esposa o los hijos por alguna razón muerte otro lugar de residencia etc.

Familia extensa o multigeneracional

esta corresponde a las familias de algún hijo que con su esposa e hijos sigue viviendo en la casa de sus padre en nuestro medio también es frecuente que los hijos después de separarse de sus compañeros regresa a casa con sus hijos y en algunas ocasiones hay varios hijos con sus hijos

Familia ampliada o multinuclear

Es una variedad de familia extensa, conocida también como comunal o fraternal donde viven miembros de la familia de dos o más generaciones o parientes cercanos o incluso lejanos como ahijados o familiares de amigos

Filas Mono parental son hogares con jefatura femenina, ha adquirido status, pues se le consideraba familia incompleta, estas mujeres solas se encargan de la supervivencia de sus dependientes, realizan trabajo remunerado o independiente para proveer los ingresos y se encargan del trabajo doméstico.

Familia homosexual

Se denomina una familia homosexual cuando convive una pareja homosexual y han adoptado hijos o vive con ellos los hijos de uno de los miembros de la pareja o de ambos

APGAR FAMILIAR

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978)¹ para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutiva (resolve).

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996)²⁶

Existe una versión recogida por Smilkstein³ en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR)²⁷.

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Partnership (PARTICIPACIÓN), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,

- Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolve (RESOLUCIÓN), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. (Cuestionario I). Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.²⁸

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84)²⁶.

Validez:

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-

Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar)²⁸.

Planteamiento del problema

La obesidad y el sobrepeso suponen el mayor riesgo para enfermedades crónicas, entre las cuales destacan la diabetes Mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la enfermedad cerebro vascular y ciertas formas de cáncer.

Las causas fundamentales de la obesidad y el sobrepeso son el aumento del consumo de alimentos hiper calóricos, con alto contenido de grasas saturadas y azúcar aunado a una muy reducida actividad física. La obesidad infantil es ya una epidemia en algunas áreas y está en aumento en otras, globalmente se estima que 22 millones de niños menores de 5 años presentan sobrepeso.

El problema puede ser revertido con una política de salud constante y permanente acorde con la magnitud del problema, La política de salud debe hacer énfasis en el acondicionamiento físico y en la regulación de la venta de producto chatarra y con la participación responsable de los padres.

Según estudios de la Organización Mundial de la salud, México ya ocupa, el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil. Por otra parte y ya como hemos observado, el sobrepeso y la obesidad tanto en niños como en adolescentes son un problema grave de salud pública que representa un reto para el Sistema Nacional de Salud. Por ello, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES LA PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.?

Justificación

Existen pocos reportes e incompletos sobre sobrepeso y obesidad en los adolescentes derechohabientes del IMSS en nuestro estado y menos aún en la U.M. F. No 10 en Matehuala, S. L. P. por ser una unidad lejana de la capital.

Por ello consideramos conveniente realizar el presente estudio en una muestra seleccionada al azar, utilizando métodos y procedimientos validados cuantitativamente, con alto grado de reproductividad y aplicación.

De los resultados obtenidos en un segundo trabajo se podrían desprender recomendaciones para habilitar programas tendientes a reducir la problemática, con un enfoque más objetivo, haciendo más eficientes todos los recursos que se utilicen.

A juzgar por los resultados emitidos por las diferentes encuestas que evalúan el sobrepeso y la obesidad tanto en adultos como en niños y adolescentes en nuestro país, existe un importante y alarmante rezago en la implementación de estrategias y programas bien diseñados y congruentes con la realidad que vivimos para resolver esta muy apremiante emergencia.

Mientras más tardemos en hacerlo, las consecuencias serán cada mayores y sumamente costosas en términos de vidas, de pérdidas de miles de años de vida productiva y sobre todo de un futuro promisorio.

Objetivos

General:

DETERMINAR LA PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.

Específicos:

- Evaluar por grupos de edad
- Determinar antecedentes de factores heredofamiliares
- Determinar escolaridad
- Determinar presencia de antecedentes heredofamiliares para hipertensión arterial
- Determinar presencia de antecedentes heredofamiliares para diabetes Mellitus
- Evaluar el grado de adaptabilidad, (participación, gradiente de crecimiento, afecto), resolución

Material y Métodos

Diseño de estudio:

Transversal

Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo

Universo de estudio

Unidad de Medicina Familiar No 10 de Matehuala San Luis Potosí

Población de Estudio:

Adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de Matehuala, S. L. P.

Periodo de estudio:

De 1º. Junio 2010 al 28 Octubre 2010

Tipo de muestra:

Aleatorio simple

Calculo de tamaño de muestra:

Cálculo para determinar el tamaño mínimo de muestra se aplicó la siguiente fórmula: Prevalencias de población natural

$$P/q = X$$

P: Población real de 10-19 años en adolescentes que tiene obesidad o sobrepeso

Q: Población total de adolescentes de 10-19 años que tengan o no tienen obesidad ni sobrepeso

100%: Población total 5773

68%: 3925 Obesos y con sobrepeso

39% 1330 Obesos

29% 1138 Sobrepeso

$$68 / 5773 = 84.897$$

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 a 19 años de edad
- De ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado al padre o tutor según corresponda en menores de 18 años
- Derechohabientes y usuarios de la U. M. F No. 10

Criterios de no inclusión

- Adolescentes embarazadas
- Adolescentes con algún tipo de discapacidad
- Adolescentes que no desearan participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Cuestionarios incompletos
- Cambios de adscripción

Análisis estadístico

En base a estadística descriptiva obtendremos frecuencias simples, medidas de tendencia central

El análisis estadístico de este estudio se realizó mediante el paquete estadístico SPSS17, así como el programa Excel para concentrado de encuestas

Ficha socio demográfico que incluye peso y talla

Para la recolección de los datos se diseñó un ficha socio demográfica con datos y antecedentes heredofamiliares tomando en consideración el índice de masa corporal como uno de los parámetros más utilizados y aceptados a nivel mundial por ser confiable y barato para la medición del sobrepeso y la obesidad.

Nuestro instrumento de medición constará de 9 reactivos divididos en valoración de parámetros antropométricos e indagación de antecedentes heredofamiliares de diabetes Mellitus e hipertensión.

Procedimiento

Se realizara ficha socio demográfica donde se incluía nombre, edad, genero, antecedentes heredofamiliares (DM2 e HTA), peso y talla

Se realizara el estudio en el consultorio número 5 de la U. M. F. # 10 de Medicina Familiar. Las mediciones de los niños se realizaron con báscula previamente calibrada que incluía esta dímetro estándar para adultos, sin zapatos, con ropa ligera, erguidos, con los talones juntos y las puntas de los pies separadas, con los brazos inmóviles a los lados del cuerpo, Evaluando la talla en las misma posición, colocando al extremo del estadimetro con ángulo de 90 grados en el vértice del individuo. El IMC se determino mediante la fórmula: $(\text{IMC} = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2])$. El diagnóstico de sobrepeso y obesidad en adolescentes se realizará tomando en consideración los valores referidos en la Cartilla Nacional de Salud para el adolescente, actualmente en vigor.

Se aplicara APGAR FAMILIAR para evaluar percepción de satisfacción familiar

Operacionalización de variables

Variable Dependiente: Sobrepeso y obesidad

Variable Independiente: Adolescentes

NOMBRE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	CATEGORIZACIÓN
EDAD	ANTECEDENTE	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha del estudio	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha del estudio	Ordinal	Encuesta	1.- 10-11 años 2.- 12-13 años 3.- 14-15 años 4.- 16-17 años 5.- 18-19 años
GENERO	ANTECEDENTE	Es una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo	Que convierte en la diferencia sexual en desigualdad social	Nominal	Encuesta	1.Masculino 2.Femenino

Peso Sobrepeso y obesidad.	Independiente	Es la medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre la masa de un cuerpo	Peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado (IMC)	Ordinal	Encuesta Peso inferior al normal 18.5 Normal 18.5 - 24.9 Peso superior al normal 25.0 - 29.9 Obesidad Más de 30.0	1.- Sobrepeso 2- Obesidad
Antecedentes familiares de diabetes mellitus	Antecedente	Sujetos cuyos abuelos o padres son diabéticos		Nominal	Encuesta	1.- Si 2.- No
Antecedentes familiares de hipertensión arterial	Antecedente	Sujetos cuyos abuelos o padres son hipertensos	Cualitativa nominal	Nominal	Encuesta	1.- Si 2.- No
Satisfacción familiar	Dependiente	Funcionalidad familiar	percepción que un integrante tiene de una familia	Ordinal	Adaptabilidad Participación Grado de crecimiento Afecto Resolución	1.- Funcional 2.- Disfuncional

Consideraciones éticas

Se considero una investigación con riesgo mínimo de acuerdo a la declaración de Helsinki de la asociación medicina mundial para el estudio en seres humanos adoptada por la dieciochoava asamblea medica mundial Helsinki Finlandia en junio de 1964, por lo que solo se obtuvo consentimiento verbal de los participantes informando de la confidencialidad de los datos que aportaron.

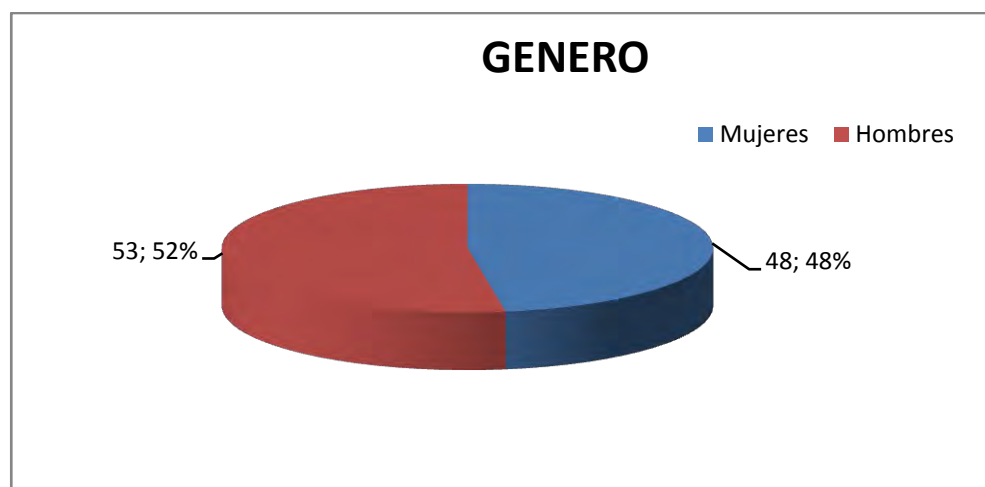
Recursos

Los propios del investigador como son computadora personal, impresora, lápices, hojas blancas, copias fotostáticas para las encuestas, hojas blancas para la impresión del trabajo,

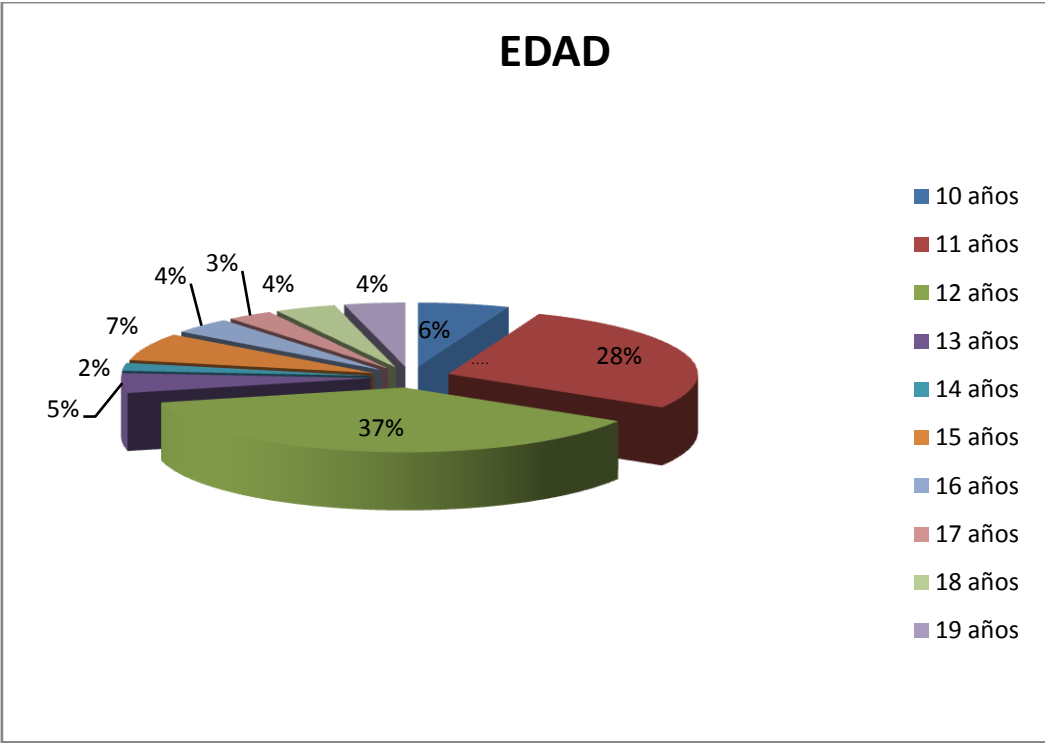
RESULTADOS

El método de muestreo fue aleatorio simple eligiendo adolescentes que se encontraran en el área de consulta externa o que solicitaran consulta. El cálculo del índice de masa corporal se realizó considerando los valores determinados en la cartilla nacional de salud para adolescentes de 10 a 19 años de edad de la secretaria de salud una vez que los adolescentes fueron seleccionados se aplicó un cuestionario con ficha de identificación que incluyó el nombre, edad, sexo, peso, y talla para la ponderación del índice de masa corporal; se utilizó un estadímetro incorporado a una báscula. La estatura se midió de acuerdo a los estándares internacionales sin zapatos, con los talones juntos y las puntas separadas el peso se registraron en la misma báscula.

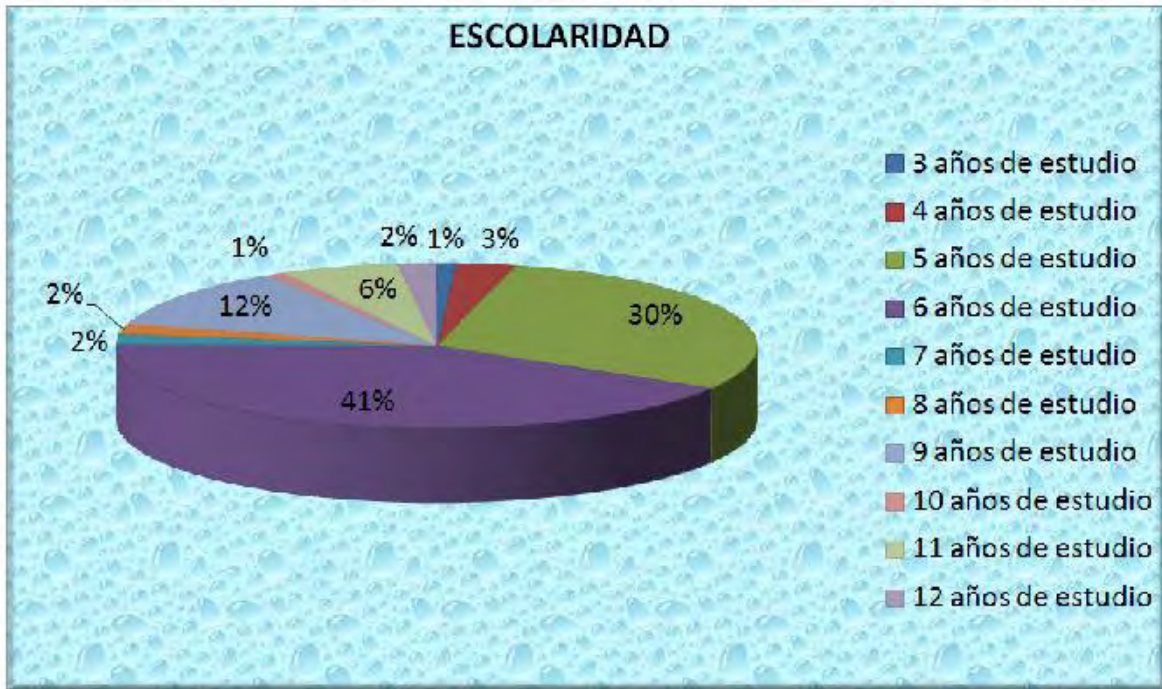
Se encuestaron a un total de 101 adolescentes de los cuales 53 (52%) fueron hombres y 48(48%) mujeres el rango de edad para ambos sexos fue de 10 a 19 años con una mediana de 12 y desviación estándar de ± 2.35 años, el rango de edad para los hombres fue de 10 a 19 años con una mediana de 12 y una desviación estándar de ± 2.28 años el rango de edad en el sexo femenino fue 10 a 19 años una mediana de 11/2 años y una desviación estándar de ± 2.43 años.



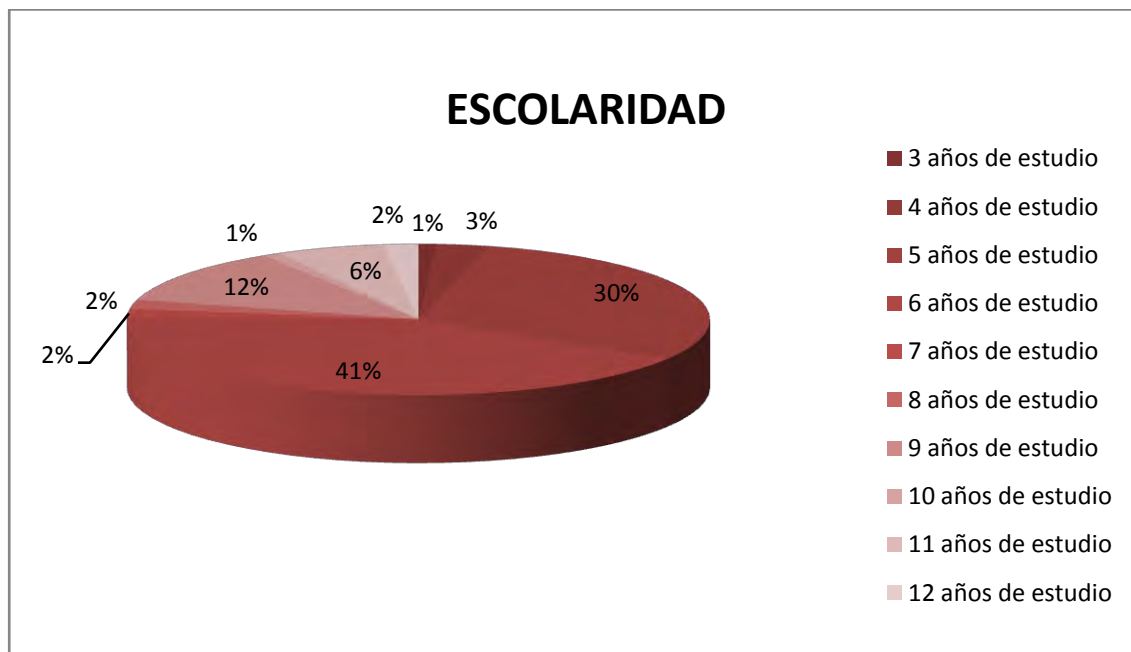
Fuente: Encuesta, N:



En cuanto al número de años de estudio (escolaridad) en ambos sexos, 42 alumnos refirieron tener 6 años de estudio y 30 (29%) alumnos refirieron estudiar 5 años, ambos grupos representan el 80% del total de los alumnos encuestados.

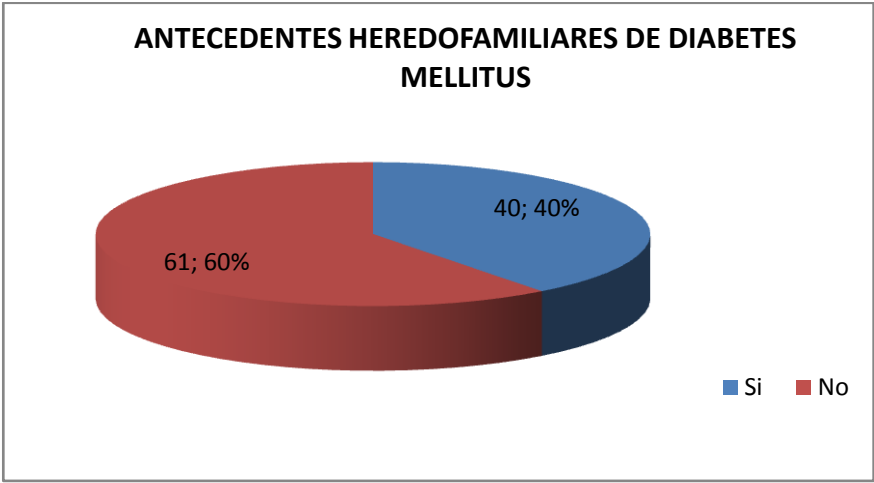


N: 101 Fuente : Encuesta

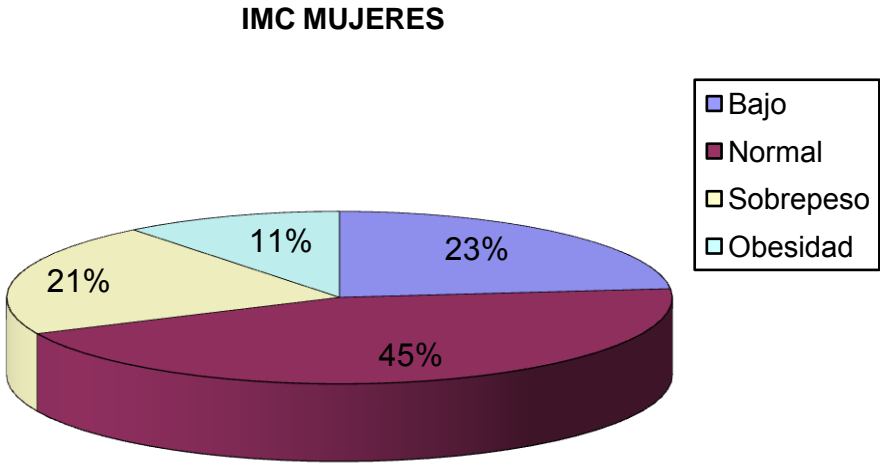


Con relación a los antecedentes heredofamiliares de diabetes Mellitus el 40% refirió tener algún antecedente de este padecimiento y el 51% refirió tener

antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial, el 28% del total de encuestados refirieron tener conjuntamente tantos antecedentes de hipertensión arterial como de diabetes Mellitus



Se encontró que el 17.6% de los hombres tiene sobrepeso y el 20% obesidad y en el grupo de mujeres se encontró que el 21.3% de ellas tienen sobrepeso y un 11% obesidad.



APGAR FAMILIAR

INDICADOR	MUJERES	HOMBRES	
Buena Percepción de satisfacción familiar			
Leve percepción de Disfunción familiar			
Moderada percepción de disfunción familiar			
Severa percepción de disfunción familiar			

DISCUSION

Los resultados de sobrepeso y obesidad que se mencionan tanto en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 y de la Encuesta Nacional de Salud 2006 establecen valores aplicables en los niños de 5 a 11 años de edad. Este estudio fue realizado en adolescentes y los datos de sobrepeso y obesidad encontrados aunque no son comparables por grupos de edad con las encuestas antes señaladas, son hallazgos que no dejan de ser preocupantes, ya que remarca la persistencia del problema de sobrepeso y obesidad. Si sumamos la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños establecen un porcentaje de 38% y en las mujeres por los mismos conceptos arrojan una prevalencia de 32% y que por tratarse de adolescentes en pleno crecimiento es más evidente la dificultad que se pudiera encontrar para revertir los efectos negativos sobre su salud ya que por su propia naturaleza muestran rebeldía para aceptar las propuestas de sus padres, familiares y amigos para llegar a tener pesos ideales. Yunes -Zárraga y cols¹⁷ reportan el hallazgo de una prevalencia global de sobrepeso de 19.4% y de

obesidad de 31%, estos valores no son equiparables a los que se encontraron en este estudio, por otra parte Rodríguez Pérez y cols¹⁸ mencionan una prevalencia de sobrepeso de 16.8% y de obesidad de 24.5 lo que subraya nuevamente la persistencia de este grave problema.

CONCLUSIONES

- 1.- El sobrepeso y la obesidad son padecimientos presentes en los niños y adolescentes mexicanos en medios rurales.
- 2.- Es urgente establecer programas de educación nutricional dirigida tanto a los padres como a los niños y adolescentes para tratar de contrarrestar los efectos negativos.
- 3.- Es muy importante crear espacios para la diversión y esparcimiento de los niños y jóvenes con el fin de fomentar la práctica de algún deporte y con ello disminuir el sedentarismo que se propicia por los videos juegos y la televisión.
- 4.- Todas las estrategias tendientes a disminuir el sobrepeso y la obesidad deben ser planeadas de una manera coordinada con todas las autoridades y con responsabilidad tanto del sector salud como del educacional.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rivera JA, Sepúlveda Amor J. Conclusiones de la encuesta nacional de nutrición 2006: traduciendo resultados en políticas públicas sobre nutrición. *Salud Publica Mex* 2007;45:supl 4:S575
- 2.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, D.F., pp:94-97.
- 3.- Martínez Jasso I, Villezca Becerra P. La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *Rev. de Información y Análisis*, Num 21, 2007:26 - 33.
- 4.- Hernández B, Gortmaker S L, Colditz G A, Peterson K E, Laird N M and Parra-Cabrera S. Association of obesity with physical activity, television programs and

other forms of video viewing among children in Mexico City, 1999, vl. 23 num 8:845-854

5.-Yunes-zarraga JLM. Acosta ME. Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años en comunidades del estado de Tamaulipas. P proyecto financiado por CONACYT . (Comunicación personal).

6.-Philip W. James T Tendencia a nivel mundial en la obesidad infantil consecuencias a largo plazo. AN Nestlé 2006:59: 51-61.

7. - World Health Organization. Obesity : preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Expert Consultation on Obesity. Genova 3-5 june. 1997(WHO/NUT/NCD/97.2) Genova : WHO. M2006.

8. - Barlow SE. Dietz WH. Obesity evolution and treatment: Expert committee recommendations. Pediatrics 2007, 102: 1-11

9. – Guillame M. Lapidus L. Beckers F y cols. Cardiovascular risk factors in children from the Belgian province of Luxembourg. The Belgian Luxembourg Child Study. Am J Epidemiol 1996, 144: 867-80

10. - Golditz GA, Willet WC, Stamfer MJ y cols. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. Diabetes Care 2005, 17: 961-9.

11. - Fernández Segura M E, Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Rev Foro Pediátrico,2005; vol. II, sup 1: 61- 69.

12.- Azcona San Julián C, Romero Montero A, Bastero Miñon P, Santamaría Martínez E. Obesidad infantil. Rev Esp Obes, 2005; 3(1):26-39.

13. - Calzada León, Obesidad en niños y adolescentes, Editores de Textos Mexicanos, México, 2006, pp: 81-83,112.

- 14.- Cartilla Nacional de Salud. Adolescentes de 10 a 19 años. Sector Salud
- 15.- Maynard LM, Wisemandie W, Roche FA, Chumlea and cols. Childhood body composition in relation to body mass index. *Pediatrics* 200;107:344-50
- 16.- Vázquez Pizaña E. Sotelo Cruz N. Celaya Celaya K. Medición de la grasa en adolescentes eutróficos y con sobrepeso y obesidad. *Rev Mex Pediatr* 2003; 70: 162-6
- 17.- Yunes Z, Cornejo B, Llanas R, Teran G y cols Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes que asisten a la clínica del ISSSTE en la ciudad de Tamaulipas. *Rev Esp MQ* 2006, 11 (2): 55-61.
18. – Rodríguez Pérez L, Treviño Garza C, Cantú Leyva R, Sandoval González a. Epidemiología de la obesidad en escolares de un área rural de Nuevo León. *Medicina Universitaria* 2006;8(32):139-42
- 19.- Encuesta Nacional de Nutrición realizada 1999. Secretaría de Salud.
- 20.- Secretaria de Salud. COMUNICADO DE PRENSA No. 236, 27/Abril/2006
- 21.- Samuel S. Gidding, MD, Chair, Barbara A. Dennison, MD, Cochair, Leann L. Birch, PhD, Stephen R. Daniels, MD, PhD e col. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners *Pediatrics*. 2006 Feb;117(2):544-59.
- 22.- JAUREGUI, Reina César Alberto; Promoción de la salud y prevención de la enfermedad - Enfoque en salud familiar; editorial médica internacional. Bogotá D.C. 1998.

23.- MARTÍNEZ, Navarro F. Salud Pública. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1998.

24.-MEJÍA, Gómez Diego; MOLINA de Uriza Jackeline. Sistema de educación continúa. Salud Familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá, Octubre de 1990.

25.- MEJÍA, Gómez Diego; Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 1991.

26.- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.

27.- Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.

28.- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.
Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11.

ANEXOS

Anexo 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha ___Matehuala San Luis Potosí ___ abril del 2009

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de la investigación titulado:

Prevalencia de obesidad en adolescentes derechohabientes que acuden a consulta a la UMF No. 10 en Matehuala San Luis Potosí

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número: _____

El objetivo de este estudio es: Determinar a través de la medición del peso y talla de cada alumno el estado de sobrepeso y/u obesidad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **Contestar un cuestionario**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son las siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos , beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

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

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula del investigador

Testigo

Testigo

Anexo 2

Ficha socio demográfica (Incluye peso y talla)

Cuestionario para evaluar prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 10 a 19 años en ambos sexos

Folio _____ Fecha _____
Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Escolaridad _____ Peso en Kgs. _____ Talla _____ IMC _____

¿En tu familia hay antecedentes de diabetes? Si _____ No _____

En caso afirmativo ¿de quién se trata?

Papa () Mama () Abuelo paterno () abuela paterna () abuelo materno () abuela materna () tíos () hermanos ()

¿En tu familia hay antecedentes de presión alta? Si _____ NO _____

En caso afirmativo ¿de quién se trata?

Papa () Mama () abuelo paterno () abuela paterna ()

Abuelo materno () Abuela materna () Tios () Hermanos ()

APGAR Familiar (Instrumento)

APGAR FAMILIAR	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
¿Le satisfase la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			

¿Esta satisfecho de La forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisfase la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Calificación de APGAR Familiar

Puntos	Evaluación
0 a3	Familia alatamente disfuncional
4 a 6	Moderada disfunción familiar
7 a 10	Familia funcional

PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES
ADOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE
FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA LETICIA RAFAELA ROMERO MEJIA

AUTORIZACIONES:

DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45

DR. AGUSTÍN FLORES MOJICA
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MÉDICO EPIDEMIOLOGO

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PÉREZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR

DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRÍGUEZ
ASESOR ESTADÍSTICO

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Luis Potosí; SLP

2010


PERCEPCION DE SATISFACCION FAMILIAR EN PACIENTES
DOLESCENTES CON SOBREPESO, OBESIDAD Y ANTECEDENTES DE
ACTORES DE RIESGO PARA DIABETES E HIPERTENSION DE LA UNIDAD
E MEDICINA FAMILIAR No 10 DEL IMSS, MATEHUALA S. L. P.

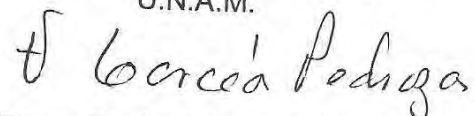
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

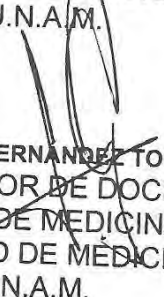
PRESENTA:

MARIA LETICIA RAFAELA ROMERO MEJIA

AUTORIZACIONES


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.