



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 76
DELEGACIÓN ORIENTE.

DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA PRESENTACIÓN DE
OBESIDAD INFANTOJUVENIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DIANA MIRIAM PADILLA BARAJAS

ESTADO DE MEXICO ORIENTE.

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.

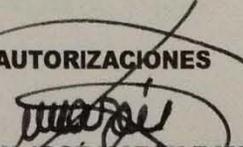
**DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA PRESENTACION DE
OBESIDAD INFANTOJUVENIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

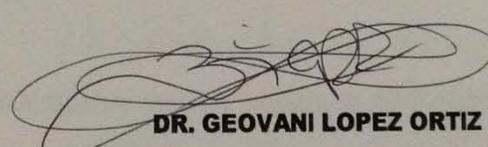
PRESENTA

DRA. DIANA MIRIAM PADILLA BARAJAS

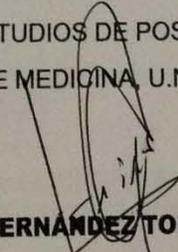
AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


DR. GEOVANI LOPEZ 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.

**DINAMICA FAMILIAR Y SU RELACION CON LA PRESENTACION DE
OBESIDAD INFANTOJUVENIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. DIANA MIRIAM PADILLA BARAJAS

AUTORIZACIONES

DRA. ELIZABETH NICOLÁS CARRAZCO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITA A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO 60 "Dr. JESUS VARELA RICO"

DRA. MARIA DE LOS ANGELES BARAJAS BARAJAS

ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO PEDIATRA
ADSCRITA A HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 76

DRA. EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO

ASESOR METODOLÓGICO
MÉDICO FAMILIAR
ASCRITO A HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO 60 "Dr. JESUS VARELA RICO"

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS. Por mi vida, por permitirme estar y por tantas bendiciones. A

GABRIEL, DANIELA, RENATA Y CESAR.

Por ser mi motor y por estar siempre a mi lado. Por su tiempo, que será irrecuperable. Porque este proyecto es parte de ustedes. Los amo.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por su apoyo incondicional, porque siempre han creído en mí, no sé qué haría sin ustedes. Gracias por estar siempre. Los amo.

A MI HERMANA SANDY:

Por convertirte en la madre de mis hijos, en mis tiempos de ausencia, por tu apoyo incondicional y por ser mi cómplice siempre. Te quiero mucho.

A MIS PROFESORES:

DR. ABRAHAM MARTINEZ CARVAJAL: Por ser parte esencial de este proyecto, por enseñarme a amar la Medicina Familiar, por el apoyo incondicional, por el ejemplo, por ser un gran profesor y médico, por estar presente sin estarlo a pesar de las adversidades. Muchas gracias.

DRA. EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO: Por sus enseñanzas, por su amor a la educación, por ser una guía incondicional y por su apoyo en este Proyecto.

A DRA. MARY BARAJAS:

Por qué el destino hizo que nos conociéramos, por tu amistad, por tu confianza y por el apoyo para realizar este proyecto, que es tuyo también. Gracias.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS.

Por formar parte de esta gran aventura llamada Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales IMSS. Jenny por ser mi compañera incondicional, Lucy por tu Amistad por recorrer este camino conmigo, por tus enseñanzas y apoyo, Carmen por estar siempre y tu Amistad incondicional. Gracias.

A LA VIDA: Por permitirme estar.

ÍNDICE

Capítulo 1

Antecedentes	1
Planteamiento del Problema.....	6
Justificación.....	8
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
Hipótesis.....	11

Capítulo 2

Diseño.....	12
Selección de sujetos.....	12
Descripción de variables.....	13
Variables de estudio.....	13
Material y métodos.....	15

Capítulo 3

Resultados.....	16
Discusión.....	28

Capítulo 4

Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	32
Referencias Bibliográficas.....	33

Capítulo 5

Anexos.....	35
-------------	----

RESUMEN

DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA PRESENTACIÓN DE OBESIDAD INFANTIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Dra. Diana Miriam Padilla Barajas.¹ Dra. María de los Ángeles Barajas Barajas.² Dra. Eugenia del Rocío Rivera Tello.³

Antecedentes: La obesidad es una enfermedad multifactorial, que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Suele iniciarse en la infancia y la adolescencia por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. **Objetivo:** Conocer la relación de la dinámica familiar en la presentación de obesidad en la población (pediátrica) infantil de la Unidad de Medicina Familiar No 76. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, abierto, observacional en el año 2015, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 76 IMSS. En 80 niños de ambos sexos a quienes se les midió y peso. Determinando diagnóstico de Obesidad de acuerdo a las tablas se aplicó cuestionario de dinámica familiar. **Resultados:** De los 86 niños, entre 8 y 12 años, del sexo masculino y femenino se excluyeron 6 niños, 4 por no contar con consentimiento informado y 2 por no contar con la edad requisito. Un 37% cursa con obesidad, sexo masculino 44%, predomina dinámica familiar disfuncional. Al dividir nuestra población por genero encontramos que el total de varones encuestados 24 presentaban obesidad lo que representa el 71% de la muestra, 26% (9) mostraron sobrepeso y solamente 3% (1) tuvo un IMC normal. Respecto al total de niñas encuestadas 13% (6) mostraban obesidad, 63% (29) tenían sobrepeso y 24% (11) mostraban un IMC normal. Respecto a la funcionalidad de la dinámica familiar se observó que 10% (8) pacientes, 3 hombres y 5 mujeres, mostraron un test normal; 18.75% (15) pacientes, 10 hombres y 5 mujeres, mostraron una familia probablemente disfuncional; 71.25% (57) pacientes, 21 hombres y 36 mujeres mostraron una puntuación mayor o igual a 72 puntos catalogándose como familia disfuncional. **Conclusiones:** Es el sexo masculino es más proclive a desarrollar un IMC mayor y obesidad en un ambiente familiar poco propicio

Palabras clave: obesidad infantil, ambiente familiar.

ABSTRACT

FAMILY DINAMICS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE PRESENTATION OF CHILDOOD OBESITY IN A FAMILY MEDICINE UNITY.

Dra. Diana Miriam Padilla Barajas.¹ **Dra. María de los Ángeles Barajas Barajas.**²
Dra. Eugenia del Rocío Rivera Tello.³

Background: Obesity is a multifactorial disease that has reached epidemic proportions worldwide. It generates an increase in morbidity and health care costs so it is considered a serious public health problem. It usually begins at childhood and adolescence by an imbalance between energy intake and energy expenditure. At its origin it involves genetic and ambient factors that determine a metabolic disorder that leads to excessive accumulation of body fat to the expected value of size according to sex and age. **Objective:** Knowing the relationship of family dynamics in presenting obesity in (pediatric) child population in the Family Medicine Unit No. 76. **Subjects:** Children from 8 to 12 years old assigned to the Family Medicine Unit No. 76; Xalostoc. Both shifts. **Material and Methods:** A cross, descriptive open, observational in 2015, at the General Hospital of Area Family Medicine Unit No. 76 IMSS, located in Xalostoc, Ecatepec, Mexico State was made. In 80 children of sexes who were measured, weight, and tables percentile in weight and height of the CDC. Determining diagnosis of obesity according to the tables and to family dynamics questionnaire was applied. **Results:** Of 86 children between 8 and 12 years, male and female sex a total of 6 children 4 for not having informed consent and 2 by not having de age requirement were excluded. We found that 37% courses with obesity regardless of sex and this is male with 44% who predominates with obesity and dysfunctional familiar dynamics, leaving behind female where is dominated by 50% overweight and dysfunctional family dynamics. By dividing our population by gender we found that the total number of males surveyed 24 showed obesity representing 71% of the simple 26% (9) showed overweight and only 3% (1) had a normal BMI. Respect to the total of girls surveyed 13% (6) showed obesity, 63% (29) were overweight and 24 % (11) showed a BMI normal. Regard to the functionality of that dynamic family is notes that 10% (8) patients, 3 men and 5 women, showed a test normal; 18.75% (15) patients, 10 men and 5 women showed a family probably dysfunctional; 71.25% (57) patients, 21 men and 36 women showed a score greater than or equal to 72 points cataloguing as a dysfunctional family. **Conclusions:** Is the sex male 44% is more prone to develop a BMI greater and obesity in a friendly family little conducive. While in the girls in 50% observed over a pattern of overweight whit dynamic family dysfunctional.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES.

La obesidad es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por el exceso de grasa corporal y un sin número de complicaciones en todo el organismo. Está directamente relacionada con el desarrollo y evolución de enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial sistémica y otras.¹³

La obesidad se define como un exceso de tejido adiposo en el cuerpo, en su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de grasas, causas de carácter neuroendocrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas. El sobrepeso y la obesidad infantil representan un problema creciente en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima para el 2010 más de 42 millones de menores de 5 años obesos o con sobrepeso, de los cuales casi 35 millones viven en países desarrollados, así mismo calcula que en el 2015, habrá 2,300 millones de personas con sobrepeso y 700 millones con obesidad. En los países en vías de desarrollo se ha observado una creciente incidencia de pacientes con sobrepeso y obesidad, coexistiendo paradójicamente con desnutrición. Representa en la actualidad un problema mundial de salud pública ya que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento en el uso de servicios de salud, disminución en la capacidad de vida y estigmatización social.

Evolutiva e históricamente, la obtención de alimentos ha sido una de las funciones básicas de los seres humanos. En países en vías de desarrollo un gran porcentaje de la población vive en constante incertidumbre referente a la obtención de alimentos. No obstante, y para sorpresa de muchos, en los últimos años se ha reportado un incremento importante en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estos países.¹⁵

México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. Estudios recientes revelan que la obesidad va en franco ascenso, registrando que más de la mitad de la población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso. Esta situación se le ha relacionado con las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, que nos explican cambios importantes en la cultura alimentaria de nuestro país.

Otros factores asociados son la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización en los últimos años. Se considera que la obesidad en nuestro país es un problema de salud pública de gran magnitud, que tendrá implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo. Es importante aplicar estrategias de educación nutricional, destinadas a promover formas de vida saludables, considerando la cultura alimentaria, así como aspectos del desarrollo social y económico.

Así pues, la obesidad se relaciona con cambios en la conducta alimentaria, la selección de alimentos, el tiempo dedicado a realizar actividad física, con los modelos familiares actuales y otros factores ambientales. Los cambios ocurridos en el estilo de vida, especialmente la adopción de nuevos patrones de alimentación en la población del mundo en los últimos 30 años, han dado como resultado modificaciones en los esquemas de salud, tanto individual como familiar, generando enfermedades que antes sólo eran comunes en la etapa adulta y que actualmente se observan en niños a temprana edad.¹⁴

Desde un punto de vista cuantitativo ¿cómo se identifica la obesidad infantil? El proceso de crecimiento de la población infantil de cualquier país, entre los 0 y los 18 años, se mide mediante tablas de referencia que indican donde se encuentra la mediana para cada mes y año de edad, de acuerdo al sexo. La mediana es el punto que divide a la población a la mitad, ésta se ha tomado como el valor de peso o de talla más aceptable para la población.

Los valores de referencia que se utilizan para tasar el peso y la obesidad en la población infantil son los siguientes:

- Peso para la edad
- Talla para la edad
- Índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) es una ecuación matemática que fue ideada por Adolfo Quetelet (1976-1984), quien buscaba relacionar las medidas antropométricas con los índices de criminalidad en Bélgica y propuso entonces que el peso en kilogramos, dividido por la estatura elevada al cuadrado, expresada en metros, da un índice que minimiza el efecto de la altura sobre el peso.

La ecuación de Quetelet para IMC es: $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$

Quetelet diseñó su ecuación para adultos. Teniendo una ecuación tan práctica para medir la masa corporal en poblaciones abiertas, era deseable tener IMC corporal aplicado a la población infantil, así Must y Cols en 1991 establecieron como puntos de corte los percentiles 85% de IMC para riesgo de sobrepeso y el 95% de IMC para obesidad para individuos de 6 a 74 años. En el año 2000 el Centro de Control de Enfermedades (CDC) modificó los valores de Must y proporcionó valores ligeramente diferentes del IMC para la población infantil y adolescente en sus tablas de referencia. Ese mismo año, un grupo de investigadores de Inglaterra y Estados Unidos estimaron el equivalente de IMC del adulto para los niños. ¹⁶

En la actualidad y de acuerdo a las guías de práctica clínica utilizadas como referente nacional en las distintas instituciones públicas de nuestro país, se define sobrepeso como aumento excesivo de peso caracterizado por IMC mayor a percentil 85 y menor de 95 para la edad y sexo. Mientras que la obesidad se establece en mayores de 2 años con un IMC mayor al percentil 95 para la edad y sexo.

La familia funciona como un sistema dinámico, en que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir objetivos y expectativas comunes. El desarrollo familiar se concibe como una sucesión de los cambios en la forma y función de la familia a lo largo de su ciclo vital, en una secuencia ordenada de etapas evolutivas. Estas etapas se relacionan con el tamaño de la familia, las variantes en su composición y los cambios en la posición laboral de los miembros. 7

Durante el siglo XX las formas reales de la familia empezaron a diversificarse en las Sociedades, cambiando tanto su estructura como su dinámica, de modo que se produjeron graves y rápidas rupturas con la imagen conceptual y esfuerzos teóricos para tratarla. En el último cuarto de siglo la mujer salió a trabajar, modificando el esquema conocido de familia y los papeles desarrollados por sus miembros. Sin embargo, la familia sigue siendo el núcleo protector, en el que se desarrolla el individuo socialmente. 8

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar; es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo, la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. 9

Franco en 1994 señala tres aspectos básicos relacionados con la familia. El primero hace referencia a que la familia como estructura es cambiante y que estos

cambios obedecen al periodo histórico y social de cada época. El segundo aspecto alude a que en el grupo familiar se da el proceso de socialización primario, éste proceso tiene como objetivo que los hijos se comporten de acuerdo a las exigencias vigentes del contexto. El tercer punto establece que todo grupo familiar tiene su dinámica interna y externa.

Diversos autores desde 1996 subrayan que la dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia (Padre, madre e hijos), de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones.¹⁰

En este sentido, la dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente.

Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo. Al respecto, afirma Agudelo que la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia.¹

Planteamiento del Problema:

La Obesidad es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por el exceso de grasa corporal y un sin número de complicaciones en todo el organismo y está directamente relacionada con la evolución de enfermedades crónico degenerativas.

El panorama de la obesidad en niños mexicanos tiene una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años de alrededor de 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) arrojó que un 26.6% de los niños varones del país sufre obesidad y 20.8% sobrepeso. En las niñas el porcentaje de obesidad es de 20.2% y 19.7% con sobrepeso. Dentro de la población adolescente uno de cada tres jóvenes entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Así mismo ENSANUT estima una mortalidad anual de 2.6 millones de persona como consecuencia del sobrepeso y/o obesidad.

Si bien las razones que explican el incremento no son totalmente claras se sabe que el estilo de vida, con actividad física disminuida y consumo excesivo de alimento, puede ser la causa de dicho padecimiento. Por otro lado, podemos encontrar que un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados. La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presenten en cada una de ellas estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos de funcionamiento familiar y puede provocar o no estados transitorios de crisis con mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Y el hablar de dinámica familiar nos referimos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran

mediadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre si y en relación con el grupo en su conjunto.

En los últimos años el incremento en la obesidad infantil ha sido notorio, por lo que es importante destacar cuáles son los factores que desencadenan la presentación de esta patología y de ser desencadenantes a nivel familiar, poder estructurar planes de apoyo para reducir el riesgo de presentación de obesidad infantil.

El seguimiento continuo al niño, adolescente y su familia es fundamental, para poder prevenir la presentación de sobrepeso, obesidad y sus complicaciones a largo plazo.

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la presentación de obesidad infantil en una unidad de medicina familiar?

Justificación:

La familia funciona como un sistema dinámico, en que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir objetivos y expectativas comunes. El desarrollo familiar se concibe como una sucesión de los cambios en la forma y función de la familia a lo largo de su ciclo vital, en una secuencia ordenada de etapas evolutivas. Estas etapas se relacionan con el tamaño de la familia, las variantes en su composición y los cambios en la posición laboral de los miembros.

Para poder hablar de estado de salud es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto sus condiciones y estilo de vida. Por lo general el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia", de ahí que consideremos muy importante para su salud, su modo de vida familiar.

Según la UNICEF – México. La obesidad infantil, ha ido creciendo de forma alarmante en los últimos años. Actualmente, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos. Problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar.

Datos del ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) indican que uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Para los escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es del 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema.

La Unidad de Medicina Familiar No 76, cuenta con una población total adscrita de 64,760 derechohabientes de los cuales 15,716 son menores y de estos 5482 son menores de 12 años. En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, la prevalencia de obesidad infantil es importante más sin embargo es una patología que no es diagnosticada como tal.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar, como ya se menciono es del 26%; estos problemas son cada día un motivo de consulta más frecuente en el primer nivel de atención, lugar donde la prevención y seguimiento continuo al niño, adolescente y su familia es fundamental. Es importante y de

trascendencia determinar cómo influye la dinámica familiar en la presentación de la obesidad infantil, para lograr una intervención preventiva, a nivel familiar disminuyendo su incidencia y por lo tanto evitar complicaciones a largo plazo. Se decide realizar en población infantil de 8 a 12 años ya que en esta edad ya hay conciencia de su autocuidado, lo cual hace más factible el poder trabajar con este grupo de edad. En la Unidad de Medicina Familiar No 76, existen los recursos humanos, físicos y materiales para llevar a cabo este trabajo, lo cual lo hace factible.

Objetivo general:

Identificar el tipo de dinámica familiar en niños de 8-12 años con algún grado de obesidad.

Objetivos específicos:

- Conocer la edad más frecuente de presentación de obesidad infantil
- Conocer el sexo más frecuente de presentación de obesidad infantil
- Conocer el grado de funcionalidad de la dinámica familiar en niños con obesidad infantil

Hipótesis:

Los niños de 8 a 12 años que tengan disfuncionalidad presentaran mayor prevalencia de obesidad, en más de la mitad de los casos.

CAPÍTULO 2

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal, abierto.

Tamaño de la muestra:

La muestra de éste trabajo se obtuvo por una técnica de muestreo no probabilística por cuota, calculando el tamaño con la fórmula para estimar una proporción:

$$N_0 = z^2 pq / E^2$$

N_0 = la primera aproximación al tamaño de la muestra

z = Valor de unidades “ z ” bajo la curva normal según el nivel de confianza.

pq = variabilidad del fenómeno en términos de la proporción de la población objeto de estudio, p será de un 80% (0.8) q equivale al 20% (0.2).

E = precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad, la cual es del 5% (0.05).

SELECCIÓN DE SUJETOS

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), adscritos a UMF No 76
2. Edad de 8 – 12 años
3. Previa autorización de sus padres con consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Pacientes no derechohabientes IMSS
2. Pacientes que no cuenten con consentimiento por parte de los padres para participar en el estudio
3. Pacientes con discapacidad que impida participar en el estudio
4. Pacientes con patología agregada que cause obesidad
5. Pacientes con alteraciones psiquiátricas o neurológicas

Criterios de eliminación:

1. Cuestionarios respondidos de forma incompleta
2. Cuestionarios con múltiples respuestas
3. Pacientes que decidan abandonar el estudio

DESCRIPCION DE VARIABLES

Variables sociodemográficas o universales

Edad

- **Definición conceptual:** Tiempo que ha vivido una persona. Cualquiera de los periodos de la vida humana
- **Tipo de variable:** Independiente, de intervalo Cuantitativa. Se agrupará en edades de 8 a 12 años

Sexo

- **Definición conceptual:** Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino
- **Definición operativa:** Características fenotípicas, incluyendo rasgos físicos y conductuales. Definición de género en dos grupos: hombre – mujer, niño - niña
- **Tipo de variable:** Independiente. Nominal dicotómica
- **Escala de medición:** Masculino o Femenino

Peso

- **Definición conceptual:** Masa del cuerpo en kilogramos
- **Definición operativa:** Medida de valoración estado nutricional
- **Tipo de variable:** Independiente. Cuantitativa
- **Escala de medición:** Kilogramos

Talla

- **Definición conceptual:** La altura de un individuo.
- **Definición operativa:** Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.
- **Tipo de variable:** Independiente. Cuantitativa
- **Escala de medición:** metros

Obesidad Infantil

- **Definición conceptual:** Acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
- **Definición operativa:** Peso entre percentil 85 – 95 tablas de peso para niños y niñas utilizando las tablas Percentiles de estatura por edad y peso por edad del Centro nacional de Estadística en Salud.
- **Tipo de variable:** Cualitativa
- **Escala de medición:** Percentiles >85

Dinámica Familiar:

- **Definición conceptual:** Manejo de Interacciones y relaciones de los miembros de la familia.
- **Definición operativa:** Según Minuchin. La Dinámica Familiar es la estructura de las relaciones de la familia la cual es mantenida y se manifiesta a través de la comunicación, los roles y las normas o reglas del Sistema familiar. Organización del grupo.
- **Tipo de variable:** Cuantitativa
- **Escala de medición:** Funcionalidad: Funcional > 0 = 72 puntos. Probablemente disfuncional 72 a >61. Disfuncional < 0 = 61

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y tiempo de estudio.

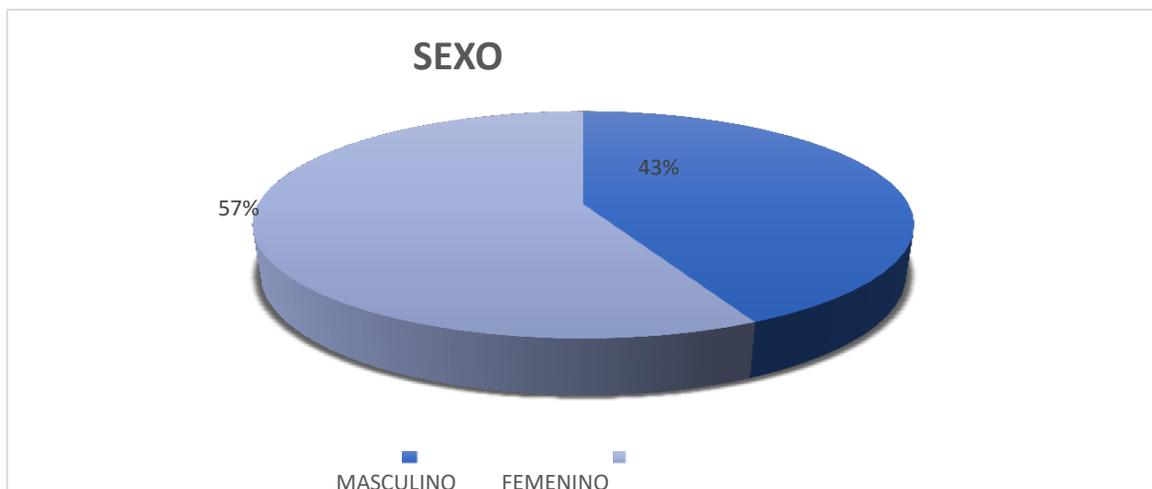
Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 76 del IMSS, el cual se encuentra ubicado en Antigua carretera México -Pachuca Km 12.5, Xalostoc, Ecatepec, Estado de México la cual pertenece a la delegación 15, Estado de México; oriente del IMSS. Con área de influencia, población derechohabiente del IMSS quienes pertenecen a los municipios de Tlalnepantla y Ecatepec. La población infantil se seleccionó por un muestreo no probabilístico, a conveniencia, en niños que acudieron acompañados de un adulto, incluyéndose un total de 86 niños, entre 8 y 12 años, excluyéndose un total de 6 niños, 4 por no contar con consentimiento informado y 2 por no contar con la edad requisito. Todos los adultos firmaron carta de consentimiento informado, los niños llenaron un cuestionario, se les pesó y midió y posteriormente se les percentiló, tomando como diagnóstico de Obesidad percentil mayor 90 y se verificaron los resultados de cuestionario para clasificar la funcionalidad familiar: Funcional ≥ 72 puntos. Probablemente disfuncional $72 > \geq 61$ puntos. Disfuncional < 61 puntos.

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, abierto durante el segundo semestre del 2015 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 76 en donde se incluyeron 86 niños que acudieron a consulta al Hospital General de Zona y UMF 76, entre 8 y 12 años, 4 de los niños se excluyeron por no contar con consentimiento informado y 2 por no contar con la edad establecida; 57% fueron del sexo femenino (46) y 43% del sexo masculino (34)

Gráfica 1. Distribución de sexo

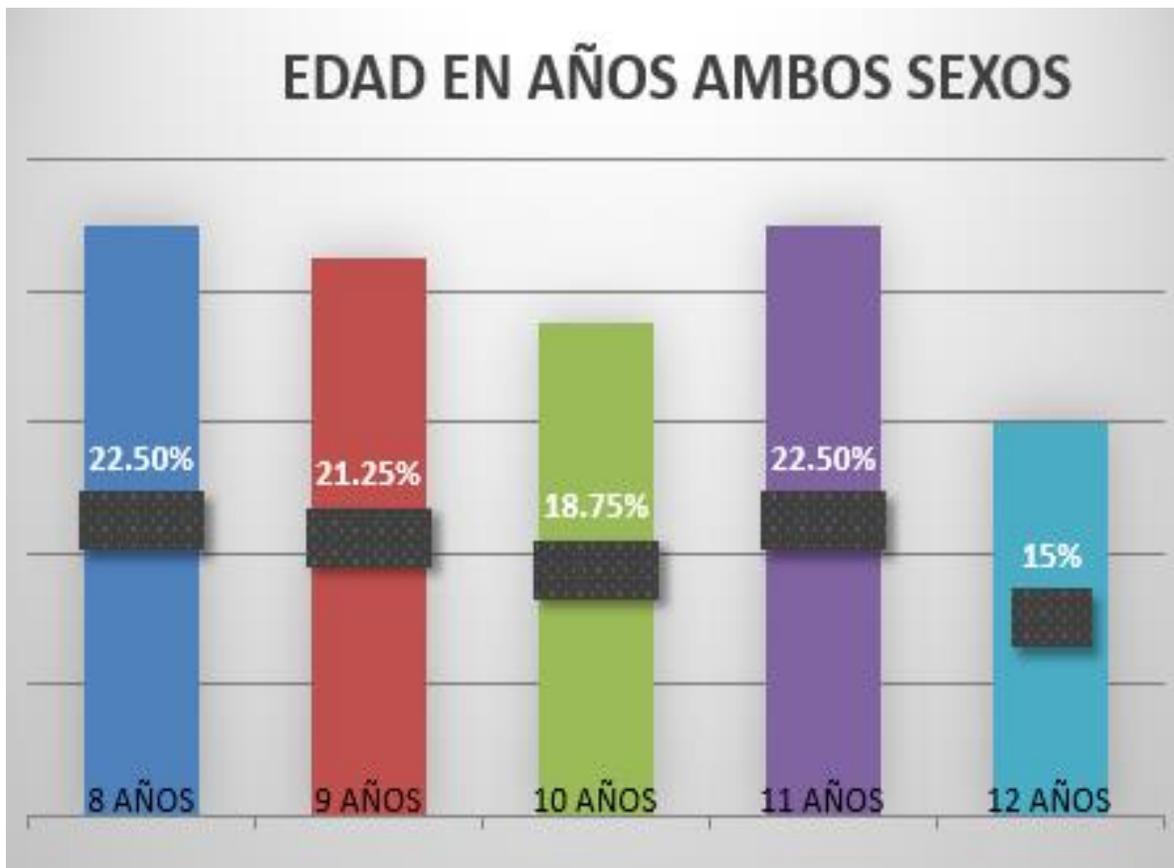


Gráfica 1. En esta gráfica podemos observar que de los 80 pacientes, de la población infantil entrevistados 57% fueron mujeres y 43% hombres

Fuente: Encuesta realizada en HGZ UMF 76

El promedio de edad fue de 9.8años, 22.5% (18) niños de 8 años, 21.25% (17) niños de 9 años, 18.75% (15) niños de 10años, 22.5% (18) niños de 11años y 15% (12) niños de 12 años

Gráfica 2. Distribución de Edad expresada en años

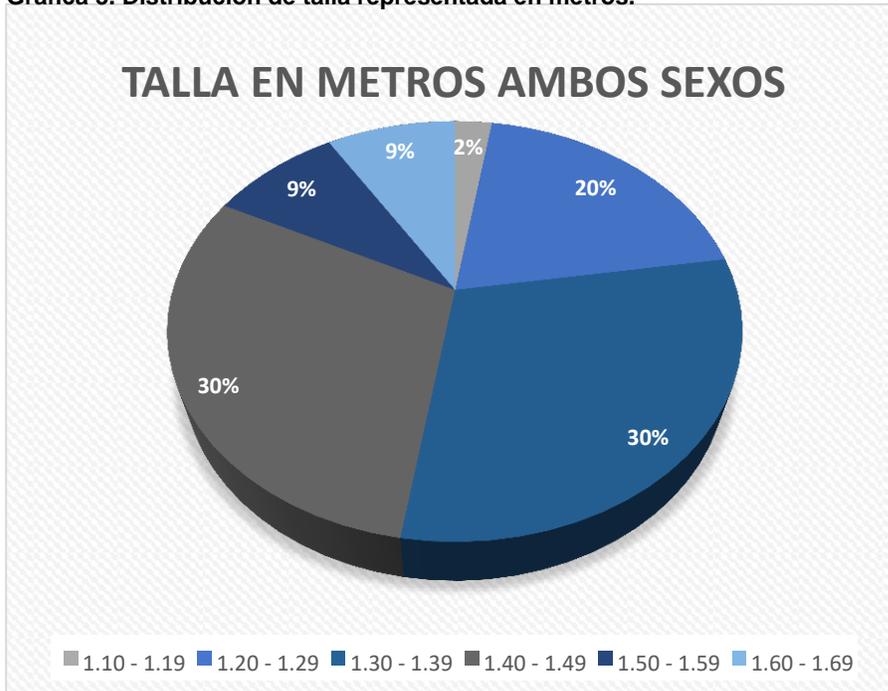


Gráfica 2. En esta gráfica podemos observar que se encuestaron a niños entre 8 y 12 años de edad. encontrando que un porcentaje mayor a los 8 y 11 años con 22.5% y un menor porcentaje (18.75%) en niños de 10 años.

Fuente: Encuesta realizada en HGZ UMF 76

La talla promedio fue de 1.40 a 1.59cm, observando un porcentaje similar entre estaturas que van de 1.30 a 1.39mt y 1.49 a 1.49mt con 30% cada una, 1.20 – 1.29mt (20%) y 1.50 a 1.59 y 1.60 a 1.69mt con un porcentaje de 9 % ambas, solo un 2% de los niños se encontraron con tallas por abajo del 1.19mt

Gráfica 3. Distribución de talla representada en metros.



Gráfica 3. En la gráfica podemos observar que hay una similitud en las tallas de niños y niñas predominando la estatura de 1.40 a 1.49mt y de 1.50 a 1.59mt.

Fuente: Encuesta realizada en HGZ UMF 76

De nuestra población entrevistada encontramos que un 37% cursa con obesidad independientemente del sexo

Gráfica 4. Distribución de peso en ambos sexos



Gráfica 4. Distribución de peso total entre hombres y mujeres entrevistados en HGZ UMF 76

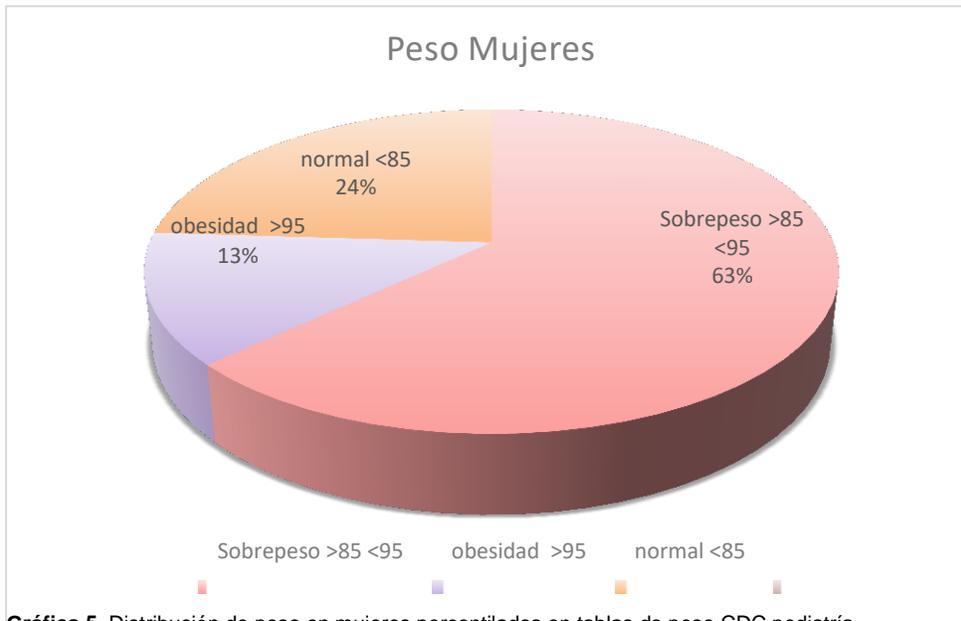
En esta gráfica podemos observar que de nuestros 80 pacientes entrevistados encontramos que un 37% cursa con obesidad, 48% con sobrepeso y un 15% tiene un peso dentro de límites normales estimados en las tablas percentilares de peso CDC para pacientes pediátricos

Fuente: Entrevista realizada en HGZ UMF 76

Respecto al peso, encontramos que de 80 pacientes entrevistados un 37% cursa con obesidad, 48% con sobrepeso y un 15% tiene un peso dentro de límites normales estimados en las tablas percentilares de peso CDC para pacientes pediátricos (gráfica 4), encontrando de acuerdo al IMC una frecuencia de obesidad de 30% (24) en hombres y 7% (6) en mujeres; sobrepeso en 11.25% (9) de los hombres y en 36.25% (29) de las mujeres. Un IMC se observó en 1.25% (1) de los hombres y en 13.75% (11) de las mujeres.

Al dividir la muestra por Género observamos que del total de varones encuestados 24 presentaban obesidad lo que representa el 71% de la muestra, 26% (9) mostraron sobrepeso y solamente 3% (1) tuvo un IMC normal. Respecto al total de niñas encuestadas 13% (6) mostraban obesidad, 63% (29) tenían sobrepeso y 24% (11) mostraban un IMC normal

Gráfica 5. Distribución de peso en mujeres

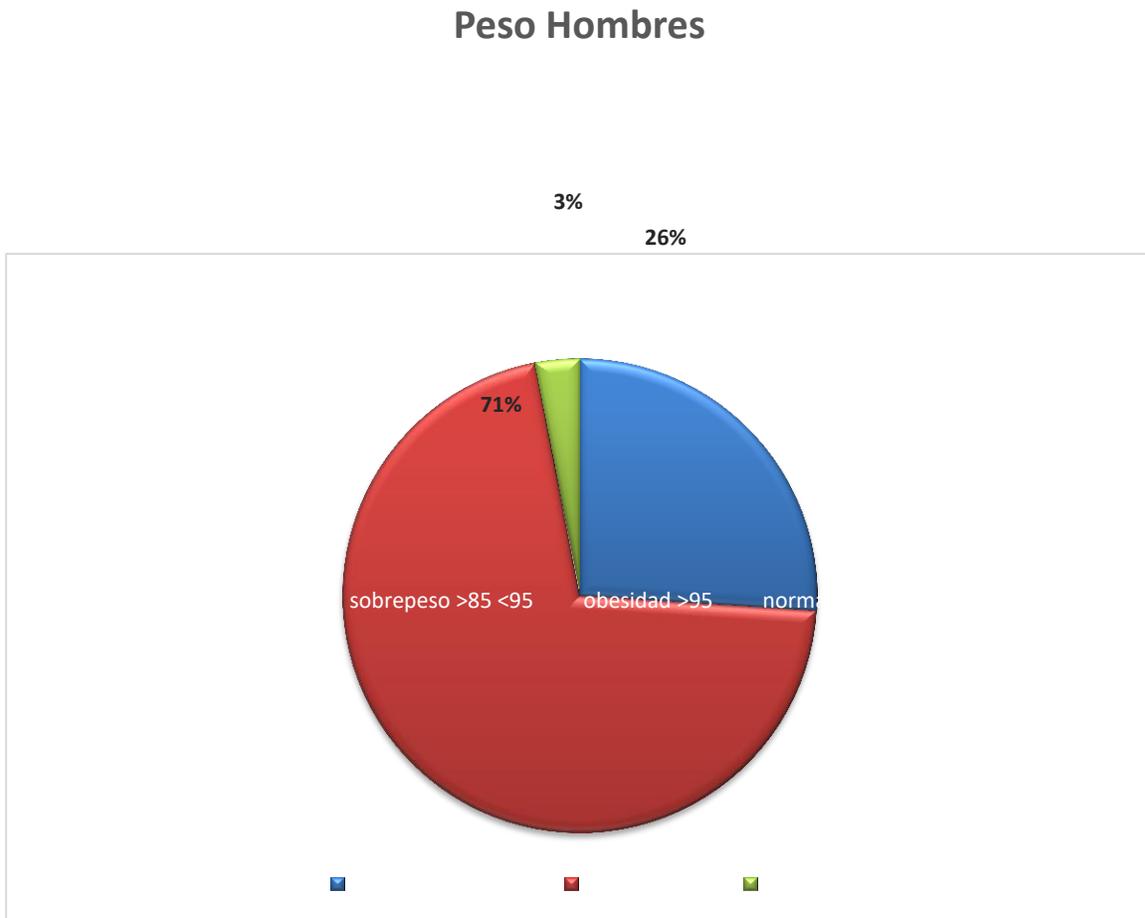


Gráfica 5. Distribución de peso en mujeres percentilados en tablas de peso CDC pediatría.

De las 46 pacientes mujeres encuestadas entre los 8 y los 12 años de edad encontramos que un 63% cursa con sobrepeso, 13% de ellas con obesidad y un 24 % se encuentra dentro de los límites normales de peso para su edad.

Fuente: Entrevista realizada en HGZ UMF 76

Gráfica 6. Distribución de peso en hombres



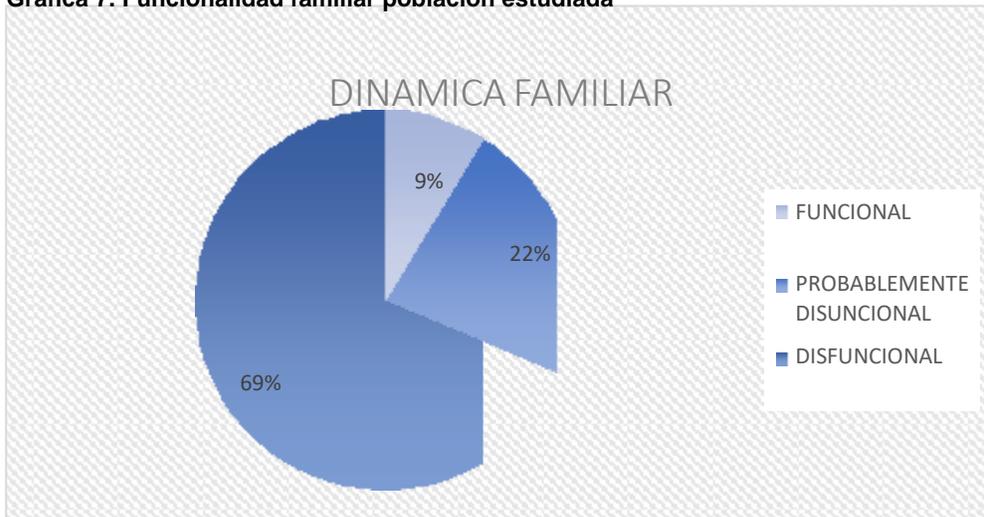
Gráfica 6. Distribución de peso en hombres percentilados en tablas de peso CDC pediatría.

En esta gráfica podemos observar que de los 34 pacientes hombres encuestados entre los 8 y los 12 años de edad encontramos que un 26% cursa con sobrepeso, 71% de ellos con obesidad y un 3 % se encuentra dentro de los límites normales de peso para su edad.

Fuente. Entrevista realizada en HGZ UMF 76

Respecto a la funcionalidad de la dinámica familiar se observó que 10% (8) pacientes, 3 hombres y 5 mujeres, mostraron un test normal; 18.75% (15) pacientes, 10 hombres y 5 mujeres, mostraron una familia probablemente disfuncional; 71.25% (57) pacientes, 21 hombres y 36 mujeres mostraron una puntuación mayor o igual a 72 puntos catalogándose como familia disfuncional

Gráfica 7. Funcionalidad familiar población estudiada



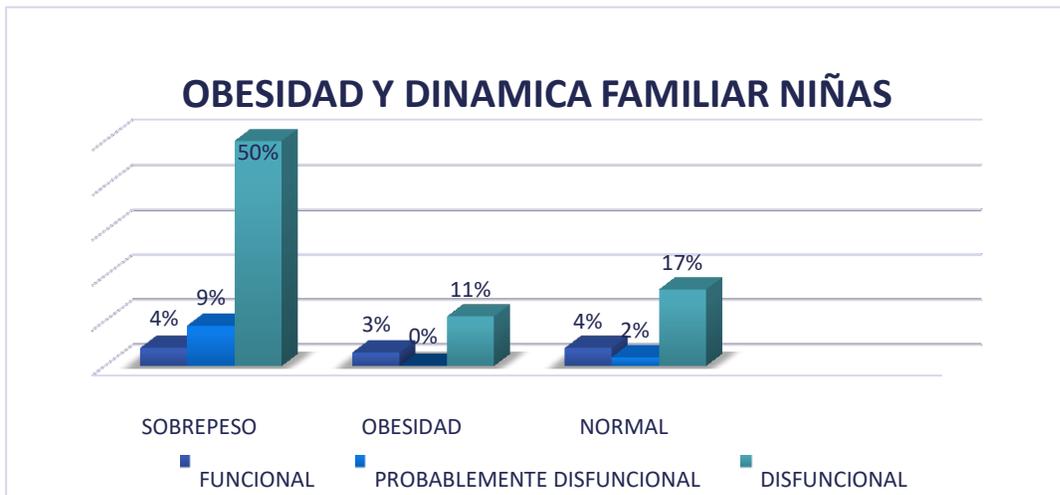
Gráfica 7. Dinámica Familiar.

En esta gráfica podemos observar que de las 80 encuestas realizadas a los pacientes entre los 8 y 12 años de edad en el HGZ UMF un 9% pertenecen a una familia funcional, 22% a una familia probablemente disfuncional y el 69% a una familia disfuncional.

Fuente Encuestas realizadas en HGZ UMF 76

En cuanto a género observamos que, de las 6 mujeres con obesidad, en relación con su dinámica familiar. 11% (5) mostraron una familia disfuncional y solo 2% (1) un test familiar normal. De las 29 Mujeres con sobrepeso 50% (23) mostraron un test positivo para familia disfuncional, 9% (4) tuvieron un test positivo para probable disfuncionalidad y 4% (2) mujeres tuvieron un test normal. Mientras que en las mujeres con IMC normal 18% (8) tuvieron un patrón familiar disfuncional, 2% (1) un test probable disfuncional y 4% (2) mostraron un test con una familia funcional

Gráfica 8. Correlación entre obesidad y dinámica familiar en niñas



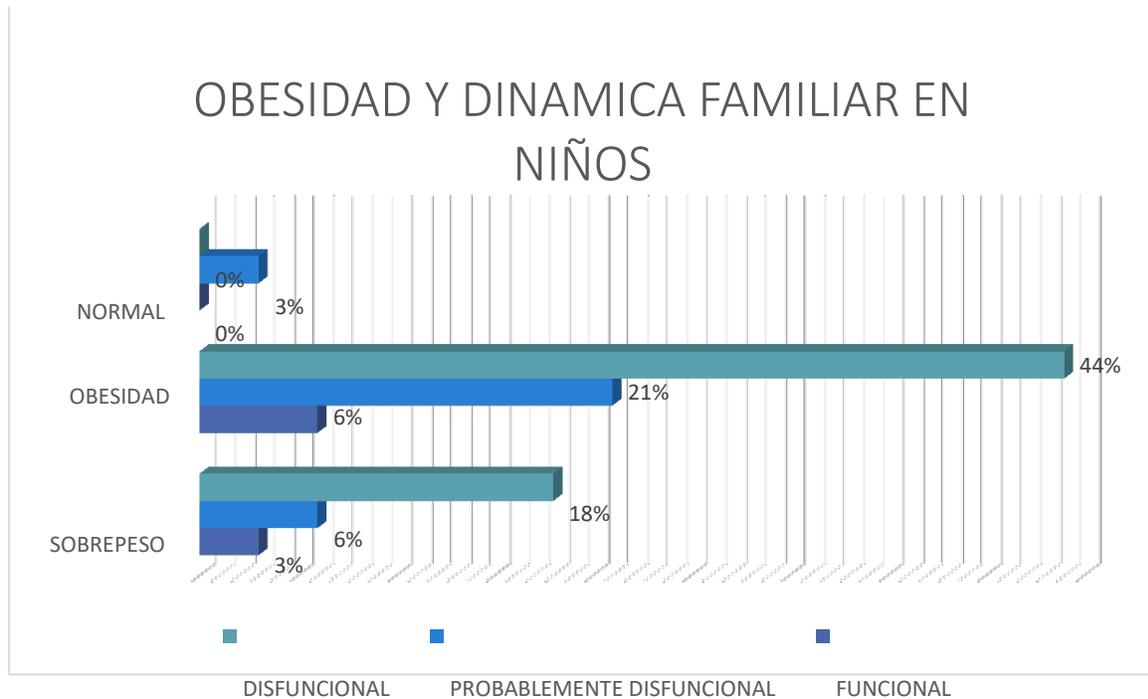
Gráfica 8. Obesidad y dinámica familiar en pacientes del sexo femenino.

En esta gráfica podemos observar que, de las 80 encuestas realizadas, 46 fueron niñas y de estas 29 niñas cursaron con sobrepeso. Encontrando que un 50% de ellas cursaron con un test positivo para dinámica disfuncional, 9% para dinámica probablemente disfuncional y solo un 4 % con un test normal para funcionalidad familiar. Por otro lado 6 niñas que resultaron con obesidad un 11% tuvo resultado positivo para dinámica probablemente disfuncional y un 3% resultado con una dinámica funcional. Por ultimo de 11 niñas con peso normal tenemos que un 17% dio test positivo a dinámica disfuncional, 2% probablemente disfuncional y un 4% funcional.

Fuente: encuesta realizada en HGZ UMF 76

En los varones encuestados observamos 24 hombres con obesidad, de los cuales 44% (15) tuvieron un test positivo para disfuncionalidad familiar, 21% (7) mostraron un patrón probable disfuncional, y 6% (2) un test familiar normal. En los 9 hombres con sobrepeso, 18% (6) tuvieron un patrón disfuncional, 6% (2) una familia probable disfuncional y 3% (1) un test familiar normal. La encuesta mostro 3% (1) hombre con peso normal que mostro un test con familia probable disfuncional

Gráfica 9. Correlación entre obesidad y dinámica familiar en niños



Gráfica 9. Obesidad y dinámica familiar en pacientes del sexo masculino.

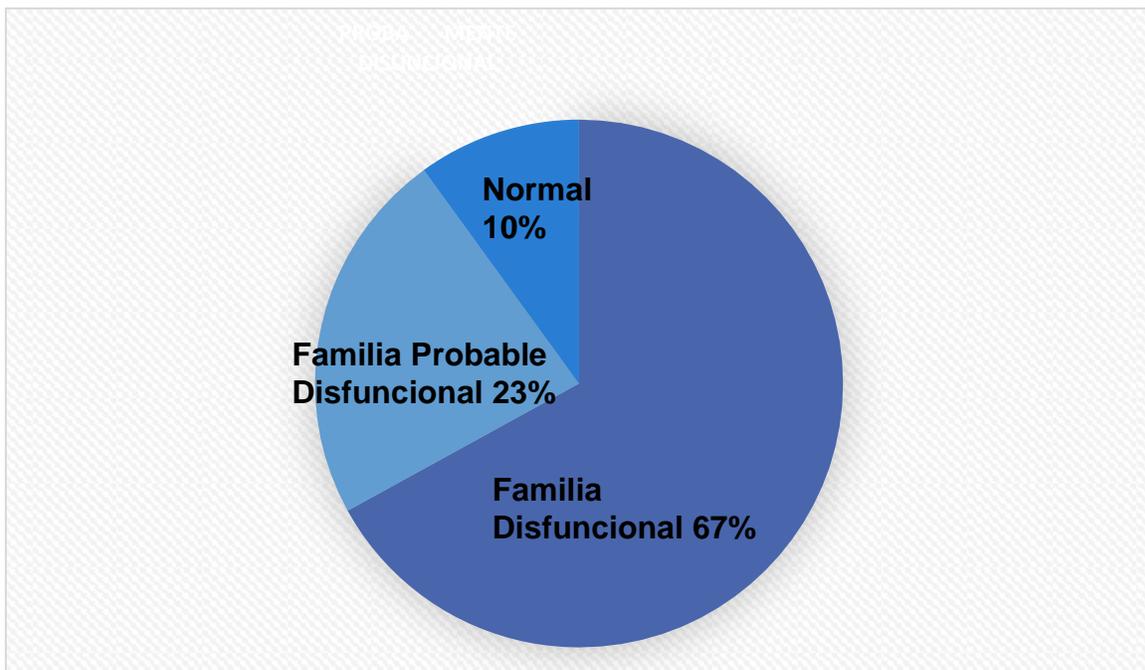
En esta gráfica se representa que de las 80 encuestas realizadas, 34 fueron a niños y de ellos 9 cursaron con sobrepeso, con un 18% positivo para dinámica disfuncional, 6% para dinámica probablemente disfuncional y solo un 3% se encuentran con una dinámica familiar funcional.

Fuente: Encuesta realizada en HGZ UMF76

En cuanto a la relación de la dinámica familiar y el estado nutricional observamos que de los 30 pacientes que se catalogaron de acuerdo a IMC con obesidad, 20 tuvieron un test familiar positivo para disfunción familiar (15 hombres y 5 mujeres); 7 pacientes todos hombres, tuvieron un test de patrón familiar sugestivo de disfunción familiar y solo 3 pacientes (2 hombres y una mujer) mostraron un test familiar normal

Gráfica 10. Obesidad y dinámica familiar

OBESIDAD Y DINAMICA FAMILIAR



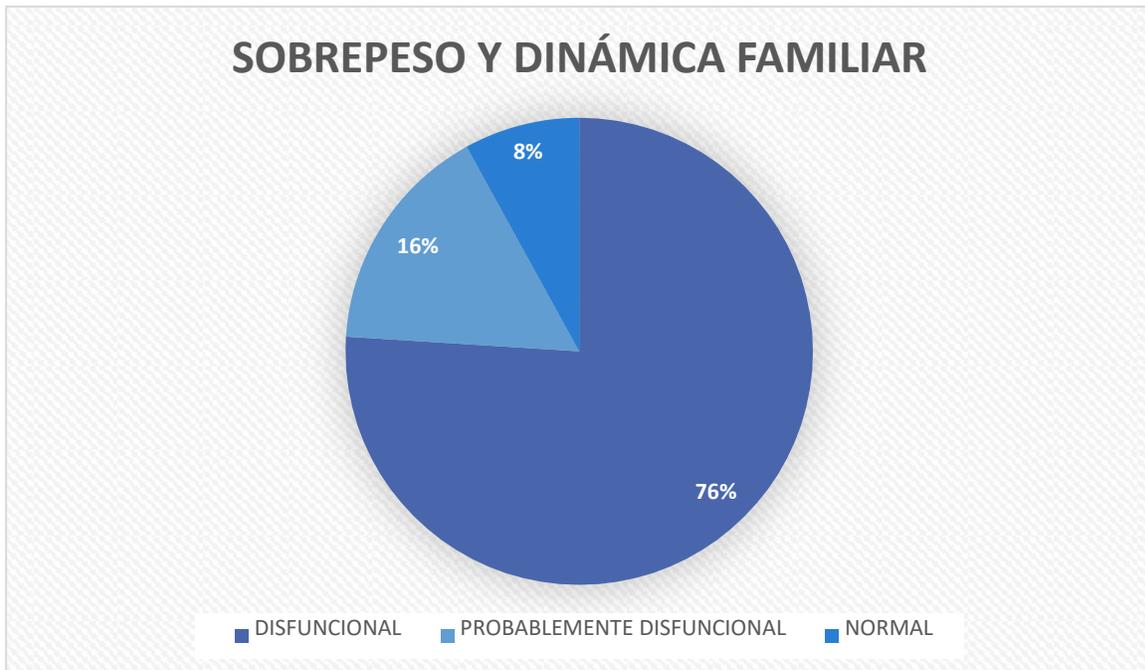
Gráfica 10. Obesidad y dinámica Familiar.

En esta gráfica observamos que existe una correlación importante entre la presentación de obesidad y funcionalidad familiar, ya que de las encuestas realizadas a pacientes que cursan con obesidad independientemente de la edad y sexo encontramos que un 67% pertenecen a una familia disfuncional, el 23% a una familia probablemente disfuncional y solo un 10 % no tiene problemas de funcionalidad familiar a pesar de la obesidad.

Fuente Encuesta realizada en HGZ UMF 76

De acuerdo al IMC 38 pacientes se catalogaron con sobrepeso, 29 (76.31%), 23 mujeres y 6 hombres, mostraron un test familiar positivo para disfuncionalidad; 6 (15.78%) pacientes, 4 mujeres y 2 hombres, mostraron un test probable disfuncional; solo 3 pacientes (7.89%), 2 mujeres y 1 hombre, mostraron sobrepeso con un test familiar normal

Gráfica 11. Sobrepeso y dinámica familiar



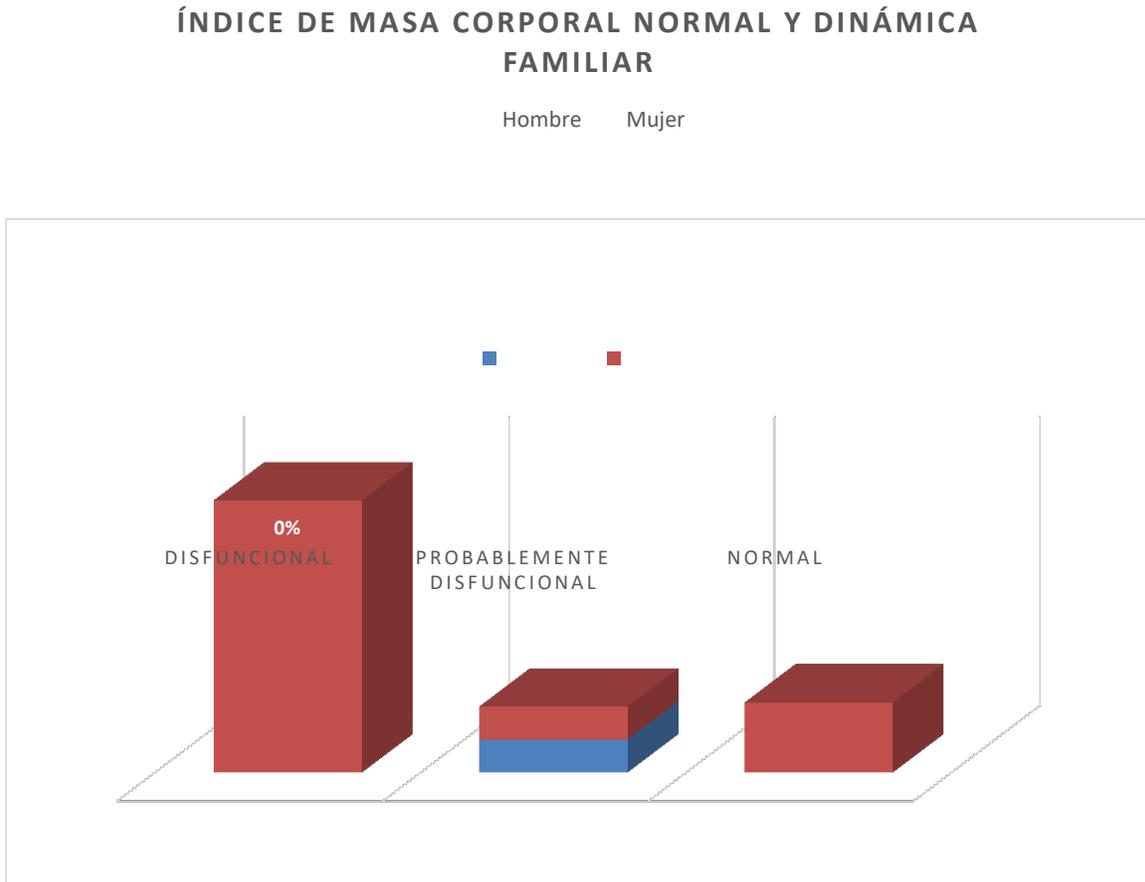
Gráfica 11. Sobrepeso y dinámica familiar

En esta gráfica podemos observar que existe una prevalencia elevada en la presentación de sobrepeso en las familias con una dinámica familiar disfuncional. De estos 29 (76.31%), 23 mujeres y 6 hombres, mostraron un test familiar positivo para disfuncionalidad; 6 (15.78%) pacientes, 4 mujeres y 2 hombres, mostraron un test probable disfuncional; solo 3 pacientes (7.89%), 2 mujeres y 1 hombre, mostraron sobrepeso con un test familiar normal.

Fuente: Encuesta realizada en HGZ UMF76

Un IMC normal se observó en 12 pacientes, 66% (8) mujeres mostraron un patrón familiar disfuncional, 8% respectivamente (2: 1 hombre y 1 mujer) un test familiar probable disfuncional y 17% (2) mujeres mostraron un test familiar normal

Gráfica 12. Índice de masa corporal normal y dinámica familiar



Gráfica 12. En esta gráfica podemos observar que un 66% de las pacientes mujeres a pesar de tener un IMC dentro de límites normales cursan con una dinámica familiar disfuncional y el 17% tienen un índice de masa corporal normal y una dinámica familiar normal.

Fuente: Encuesta realizada en HGZ UMF76

DISCUSIÓN

Con relación a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), recopilado en el Boletín epidemiológico del sistema Nacional de vigilancia epidemiológica en México en el año 2013, no había predominancia con respecto al sexo y la presentación de obesidad. Sin embargo, en nuestro estudio realizado encontramos que nuestros resultados tienen mayor predominancia en la población de sexo masculino. En la presente investigación encontramos que de los pacientes entrevistados un 57% fueron del sexo masculino de los cuales 48% son obesos y de ellos un 44% presenta disfuncionalidad familiar. Por otro lado, tenemos que un 43% de los pacientes fueron del sexo femenino de las cuales 63% presenta sobrepeso y de ellas el 50% tiene una disfuncionalidad familiar. Coincidimos con 2 investigaciones la primera de Imelda E. Sandoval, y cols. Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. En donde no se identificó asociación entre disfunción familiar y obesidad, pero hubo más familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en los niños obesos. Por otro lado, Chavarría Manzo Rosalía Obesidad, Autoestima y funcionalidad familiar en adolescentes. Simposio 2006 Querétaro. No hubo relación de la funcionalidad familiar con la obesidad ni con la autoestima. ($p > 0.05$). En nuestro estudio encontramos que hay una relación entre la obesidad y dinámica familiar disfuncional es de mayor prevalencia en niños, sin embargo, en niñas no hay correlación ya que el mayor porcentaje presenta sobrepeso y disfuncionalidad familiar.

Difiriendo del estudio realizado por Luis Sandoval Jurado et.al. Dinámica familiar y estado nutricional en niños de una guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Salud Quintana Roo ISSN 2007. En donde destaco la frecuencia de sobrepeso y obesidad mayor en las niñas por más de 10 puntos porcentuales. Ya que en nuestro estudio la mayor prevalencia de obesidad fue en niños. Nosotros concordamos con el estudio realizado por José Luis González Rico et al. En su estudio La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos, publicado en la

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012, que menciona que según la puntuación de dinámica familiar existe 63% mayor riesgo de obesidad en familias disfuncionales. En nuestro estudio encontramos que el mayor porcentaje de población estudiada fue del sexo masculino, obesos y que cursan con una dinámica familiar disfuncional. Coincidiendo con todos los autores que se han publicado pocos estudios relacionados con dinámica familiar.

Plantea Hassink que, dentro de los factores influyentes en la obesidad infantil, se encuentran los genéticos y los ambientales. En primer lugar, los factores genéticos se refieren a aquellos grupos de genes determinados, que pueden predisponer al individuo hacia funcionamientos metabólicos que favorezcan la acumulación de tejido adiposo en el organismo. Por su parte, los factores ambientales tienen que ver con todo aquello relacionado con el entorno en que el individuo se desenvuelve de manera cotidiana y que, de manera directa o indirecta, influyen en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. La familia, la escuela, los lugares que el niño frecuenta (casa de familiares cercanos o amigos, clubes, etc.), los medios de comunicación en todas sus formas, el lugar de residencia el modo de vida, el contexto socioeconómico, la cultura y costumbres, entre otros aspectos, son los principales factores ambientales que juegan un papel fundamental en la tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad. Coincidiendo con el texto de la autora ya que en nuestro estudio podemos observar que hay una gran influencia entre la funcionalidad de la dinámica familiar con la presencia de obesidad en la población infantil.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES

En nuestro estudio observamos que las familias con altos puntajes para una dinámica familiar disfuncional tienen un mayor riesgo de presentar trastornos como obesidad y sobrepeso. 30 pacientes cursaron con obesidad y de estos 20 tuvieron una dinámica familia disfuncional. De acuerdo a nuestros resultados es el sexo masculino 44% es más proclive a desarrollar un IMC mayor y obesidad en un ambiente familiar poco propicio. Mientras que en las niñas en un 50 % observamos más un patrón de sobrepeso con dinámica familiar disfuncional.

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia de obesidad en el sexo masculino es mayor que en el sexo femenino. Sin en cambio tenemos que en relación a la presentación de una dinámica familiar disfuncional el sexo masculino presenta obesidad y disfunción en la dinámica familiar. Y el sexo femenino predomina un sobrepeso con disfunción familiar en su dinámica, más que en las mujeres con obesidad.

Encontramos que la obesidad es un problema de salud cada vez más extendido, en México el panorama de la obesidad infantil tiene una prevalencia en niños de 5 a 11 años de alrededor de 26% para obesidad y del 20.8% para sobrepeso, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema. Con una mortalidad anual estimada de 2.6 millones de persona como consecuencia dicha patología. Según Sandoval Montes.

La etiopatogenia de la obesidad infantil incluye factores genéticos, socioeconómicos, médicos y psicológicos. La ingesta excesiva de calorías, una dieta desequilibrada, sedentarismo, así como alteraciones en el funcionamiento de las familias en las que existe maltrato o problemas en las relaciones padres-hijos, generan problemas en la contención emocional y conductual del menor que llevan a presentar alteraciones o trastornos de la conducta alimentaria que derivan en sobrepeso y obesidad.

Se sabe que las preferencias hacia determinados alimentos están condicionadas por el contexto familiar durante la etapa infantil. Los padres determinan la alimentación de sus hijos: tipo, cantidad y horarios de alimentación. Una familia que dedica tiempo y energía a cuidar la alimentación genera un patrón muy diferente al de una familia que presta atención a la alimentación, así pues, algunas estructuras familiares suponen un riesgo mayor para presentar obesidad en sus miembros. Son ejemplos de ello, las familias con un solo hijo, hijos de padres separados, familias monoparentales, numerosas o en las que la madre tiene más de 35 años, nivel socioeconómico bajo. La estructura de la familia, el estatus laboral actual hacen de la alimentación un acto rápido, centrado en la evitación de problemas, las decisiones de alimentación son frecuentemente negociadas por los pequeños, que tienen poder en las decisiones de la alimentación mediante la manipulación, lo cual ejerce un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario, en el que los niños adoptan las preferencias que les resultan más agradables y seleccionan las conductas que repetirán en el futuro. Según González Rico.

Es necesario señalar que en el mundo y en México se han publicado pocos estudios que exploren la disfunción de la dinámica familiar como un factor de riesgo per se para el desarrollo de obesidad en el niño.

RECOMENDACIONES

1. Identificar de forma oportuna a la población riesgo
2. Informar a los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) del primer nivel de atención la trascendencia de identificar a la población infantil y juvenil con factores de riesgo para evitar complicaciones a largo plazo.
3. Incidir en la educación primaria para la salud con énfasis en los cambios de los estilos de vida a nivel familiar para poder mejorar el estado nutricional de todos los integrantes de la familia, no solo los que se conozcan enfermos.
4. Médicos de familia identificar alteraciones en la dinámica familiar que nos permitan actuar oportunamente en familias vulnerables para lograr que tengan cambios de vida y lograr hábitos saludables y evitar presencia de enfermedades de tipo crónico degenerativas a largo plazo en lo niños y jóvenes.
5. Que se lleve a cabo un trabajo multidisciplinario en las unidades de medicina familiar con apoyo en los servicios de trabajo social, nutrición y dietética, así como psicología médica y de ser necesario envíos a segundo y tercer nivel.
6. Buscar redes de apoyo en las familias y escuelas de ser necesario.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Universidad de la Américas, A.C., México Quarterly Review, Nueva Época, Funcionamiento Familiar y Sobrepeso Infantil: La Perspectiva de Niños Mexicanos. [Consultado 16 septiembre 2014]. Disponible en www.admin.udla.mx/mrs/index.php
2. Imelda E, Sandoval-Montes, et al. Obesidad en niños de 6 a 9 años, Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48(5): 485-90
3. Daniel Villanueva Montemayor, et al. Prevalencia de obesidad infantil en niños entre 6 y 14 años de edad en una Unidad de Medicina Familiar IMSS. Pediatría de México 2011; 13(4): 151-54. Disponible en www.medigraphic.com/pediatriademexico
4. Karen Chapa Ortiz, 2011, Relación entre Obesidad Infantil y Función Familiar en niños escolares en la Consulta Externa de Medicina Familiar del HGZ MF No 1, San Francisco Campeche
5. Olivos Camacho, 2011, Incidencia de Riesgo de Obesidad en edad escolar y el impacto familiar, Culiacán Sinaloa
6. José Luis GR, Edgar M. VG, et al. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012;
 - a. 50(2): 127-34
7. Salud mental/ vol.29 No. 4/ jul – ago 2006/ISSN 0185-3325/ Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familia, en unidades de medicina familiar de Guadalajara/ ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

8. Luis Dante BR, Psicología Teórica y Filosófica, Fundamentos la salud psicológica, la familia y la comunidad en el escenario de una psicología del siglo XXI, Revista Psicológica Científica, ISSN: 2011-21
9. Revista Cubana de Medicina General versión On-line ISSN 1561-3038
10. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, No 35, febrero – mayo 2012, Colombia, disponible en [<http://revistavirtual.unc.edu.col/>]
11. Agudelo Bedoya ME (2005), Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión, Revista Latinoamericana de Ciencias sociales; Niñez y Juventud,3(1)
12. Josefina FG, Rosa María VL et al, (2006), Antecedentes históricos Sociales de la Obesidad en México, medigraphic, VIII (2): 91-94
13. Adolfo EL, Alejandro D. Sobrepeso y Obesidad infantil. REV MED HONDUR.2011; 79(4):208-13
14. María Elena AE, (2009), Obesidad infantil: Revisión desde la perspectiva de calidad de vida en la infancia, Pediatría de México 11(2): 73-5
15. Dr. Guillermo Meléndez, Obesidad Infantil en México, Magnitud del problema y determinantes que la favorecen en la escuela y en la casa
16. Sistema Nacional de Epidemiológica, Secretaria de Salud, 2010, 43(27), semana 23, 1-28
17. Arturo PM, Gloria Elena LN, et al, (2014), Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad, Acta Pediatra Mex,2014;35:316-37
18. Dr. Miguel ASC, Dra. Matilde AE, (2014), Apgar familiar una herramienta para detectar disfunción familiar, Rev. Med. La Paz, 20(1): 1-7

CAPÍTULO 5
ANEXOS



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



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **22/10/2014**

M.C. DIANA MIRIAM PADILLA BARAJAS

PRESENTE

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

DINAMICA FAMILIAR Y SU RELACION CON LA PRESENTACION DE OBESIDAD INFANTOJUVENIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

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-2014-1402-22

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ CESAR VELÁZQUEZ CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 1



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: DINAMICA FAMILIAR Y SU RELACION CON LA PRESENTACION DE OBESIDAD INFANTIL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Patrocinador externo(si aplica)*:

Lugar y fecha: UMF 76.Xalostoc, Ecatepec Estado de México. Julio a Diciembre 2015.

Número de registro

Justificación y objetivo del estudio: identificar la funcionalidad familiar existente como principal factor determinantes en la presentación de obesidad.

Procedimientos: Se identificara mediante criterios de inclusión y exclusión a los niños de 8 a 12 años de edad, Los que sean candidatos a participar se les invitará a ellos y a sus padres proporcionándoles la información necesaria, a los adolescentes se les citara en UMF para aplicación del cuestionario.

Posibles riesgos y molestias: no existe ningún riesgo para la aplicación de los cuestionarios

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Al participar en este estudio, su hijo recibirá una Evaluación de la funcionalidad familiar existente y se identificara los factores que influyen en la presentación de obesidad. El investigador principal me asegura que no se identificará a mi hijo en las presentaciones a publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi persona serán manejados en forma confidencial.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se entregarán resultados por escrito y se les Dará explicación detallada de los mismos

Participación o retiro: La participación de este estudio es completamente voluntaria. Si el infante o sus padres deciden no participar, su evaluación no se verá afectada de ninguna manera usted o su hijo adolescente podrán retirarse en cualquier momento que lo desee.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada es confidencial y sus posibles beneficios están Relacionados en acciones preventivas ante las causas identificadas. Si usted requiere mayor información acerca de los derechos que obtiene una persona que participa en una investigación, podrá contactar al presidente del comité de ética local del Instituto Mexicano del Seguro Social (57 76 75 81) ext. 227 o directamente con la investigadora Dra. Diana Miriam Padilla Barajas. 55 23 19 78 83

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

Beneficios al término del estudio: Conocer la funcionalidad en la dinámica familiar y asociarla con la presentación de obesidad para incidir de forma oportuna y evitar presencia de enfermedades

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

Investigador Responsable: Dra. Diana Miriam Padilla Barajas 55 23 19 78 83

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma _____

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma _____

Anexo 2



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

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

“Prevalencia de alteraciones metabólicas en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 52 IMSS”

Vamos a realizar un estudio para tratar de aprender sobre los niños con obesidad y si debido a su obesidad presentan algunas alteraciones en la sangre, que cuando sean adultos ocasionaran enfermedades severas. Te pedimos que nos ayudes porque no sabemos mucho si los niños de tu edad tienen alguna de estas alteraciones peligrosas.

Si aceptas participar en nuestro estudio, te tomaremos una pequeña muestra de sangre de tu brazo. Del cual solo sentirás un pequeño piquete, aparecerá un poquito de sangre q rápidamente se detendrá y probablemente se haga un moretón que desaparecerá sin problema. Además de que te pesaremos, te mediremos y tomaremos tu presión arterial, las cuales al igual que la muestra de sangre son importantes.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento del estudio. Además, si decides que no quieres terminar el estudio, puedes parar cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar con nosotros. Recuerda, que este estudio tiene la finalidad de ayudar a niños como tú.

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que quieres estar en el estudio. Si no quieres estar en él, no lo firmes. Recuerda que tú decides participar o no en el estudio y nadie se puede enojar contigo si no firmas el papel, cambias de idea o después de empezar el estudio, te quieres retirar.

Firma del menor participante

Testigo 1 del estudio

Padre o Tutor

Firma del investigador

Testigo 2

Fecha ___/___/___

Anexo 3

INSTRUMENTO DE MEDICION

Edad: _____ Sexo _____ Peso _____ Talla _____

A continuación se solicita marque con una x la respuesta correcta

CUESTIONARIO SOBRE DINAMICA FAMILIAR. Matriz general (aplica a familias que incluyan hijos mayores de 72 meses).

- | | | |
|---|--------|--------|
| 1. ¿Usted disfrutan el tiempo libre en actividades familiares? | SI = 1 | NO = 0 |
| 2. ¿Usted se interesa por los asuntos de la escuela de su hijo? | SI = 1 | NO = 0 |
| 3. ¿Usted cree que la gente que con una carrera universitaria vale más? | SI = 1 | NO = 0 |
| 4. ¿En su familia los deberes de cada quien están claramente definidos? | SI = 1 | NO = 0 |
| 5. ¿Ustedes luchan en los momentos difíciles por mantener unida a la familia? | SI = 1 | NO = 0 |
| 6. ¿En su familia hay reglas que cumplir? | SI = 1 | NO = 0 |
| 7. ¿Usted participa en actividades comunitarias (vecinal, condominios, organizaciones sociales, etc.)? | SI = 1 | NO = 0 |
| 9. ¿Usted ha enseñado a su hijo (a) con el ejemplo a prestar ayuda cuando está dentro de sus posibilidades? | SI = 1 | NO = 0 |
| 11. ¿Usted siente que impide madurar a su hijo? | SI = 0 | NO = 1 |
| 12. ¿A usted le parecen útiles los estudios universitarios? | SI = 1 | NO = 0 |
| 13. ¿Puede decir que su familia es organizada? | SI = 1 | NO = 0 |
| 14. ¿Su hijo (a) es responsable de todos sus asuntos de la escuela? | SI = 1 | NO = 0 |
| 15. ¿Usted y su pareja se han agredido físicamente? | SI = 0 | NO = 1 |
| 16. ¿Para cuestiones importantes usted toma en cuenta la opinión de su hijo (a)? | SI = 1 | NO = 0 |
| 17. ¿El manejo del ingreso familiar es compartido en pareja? | SI = 1 | NO = 0 |
| 18. ¿En su familia se preocupan por comer sanamente? | SI = 1 | NO = 0 |
| 19. ¿Considera que su pareja es un ejemplo a seguir por su hijo (a)? | SI = 1 | NO = 0 |
| 20. ¿Usted respeta las decisiones de su hijo? | SI = 1 | NO = 0 |
| 21. ¿Su hijo (a) puede hablar con usted sobre su curiosidad, dudas e inquietudes relacionadas con el sexo? | SI = 1 | NO = 0 |
| 22. ¿En su casa se puede decir lo que cada quien piensa? | SI = 1 | NO = 0 |
| 23. ¿A usted generalmente le disgusta el comportamiento de su pareja? | SI = 0 | NO = 1 |
| 24. ¿Usted convive con los amigos de su hijo? | SI = 1 | NO = 0 |
| 25. ¿A su hijo se le dificulta actuar sin antes consultarlo con ustedes? | SI = 0 | NO = 1 |
| 26. ¿Usted piensa con frecuencia que su pareja la odia? | SI = 0 | NO = 1 |
| 27. ¿Su pareja la (o) ha golpeado? | SI = 0 | NO = 1 |
| 28. ¿Usted y su pareja discuten con mucha frecuencia? | SI = 0 | NO = 1 |
| 29. ¿Frecuentemente su hijo (a) hace algo para molestarlos? | SI = 0 | NO = 1 |
| 30. ¿Su hijo (a) es ordenado y limpio? | SI = 1 | NO = 0 |
| 31. ¿Usted y su pareja tienen formas de pensar muy parecidas? | SI = 1 | NO = 0 |
| 32. ¿La mayoría de las decisiones en casa se toman en pareja? | SI = 1 | NO = 0 |
| 33. ¿Usted es cariñoso(a) con su hijo (a)? | SI = 1 | NO = 0 |
| 34. ¿En su familia tratan siempre de ayudarse unos a otros? | SI = 1 | NO = 0 |
| 35. ¿En su familia todos tienen ideas muy parecidas sobre el bien, el mal, la justicia, la religión, etc.? | SI = 1 | NO = 0 |
| 36. ¿Los momentos difíciles suelen resolverlos juntos? | SI = 1 | NO = 0 |
| 37. ¿Usted tiene amigos de "toda la vida"? | SI = 1 | NO = 0 |
| 38. ¿Usted le da libertad a su hijo (a) de escoger su ropa? | SI = 1 | NO = 0 |
| 39. ¿Su hijo (a) cree que le tocó crecer en una buena familia? | SI = 1 | NO = 0 |
| 40. ¿Su hijo (a) puede hablar con usted de todo lo que sucede? | SI = 1 | NO = 0 |
| 41. ¿Su pareja ha abandonado por más de 24 h la casa a consecuencia de un disgusto? | SI = 0 | NO = 1 |
| 42. ¿Alguno de sus hijos se ha marchado de la casa a consecuencia de un problema? | SI = 0 | NO = 1 |
| 43. ¿En su familia cada quien hace su vida sin importarle los demás? | SI = 0 | NO = 1 |
| 44. ¿Usted admira a su pareja? | SI = 1 | NO = 0 |
| 45. ¿Su hijo (a) se siente seguro en su hogar? | SI = 1 | NO = 0 |
| 46. ¿Usted cree que su unión es para toda la vida? | SI = 1 | NO = 0 |

47. ¿En los momentos de crisis logra la familia ponerse de acuerdo?	SI = 1	NO = 0
48. ¿Usted le ha dicho a su hijo (a) lo que debería estudiar?	SI = 0	NO = 1
49. ¿Acostumbran salir y divertirse juntos en familia?	SI = 1	NO = 0
50. ¿En su casa la disciplina se basa en regaños?	SI = 0	NO = 1
51. ¿Piensa usted que su pareja la (o) quiere?	SI = 1	NO = 0
52. ¿Usted cree que es más importante ganar dinero que tener un título?	SI = 0	NO = 1
53. ¿Con frecuencia comentan en su casa los problemas de México?	SI = 1	NO = 0
54. ¿Su pareja depende totalmente de usted?	SI = 0	NO = 1
55. ¿Cuándo discuten frecuentemente alguno pierde por completo el control?	SI = 0	NO = 1
56. ¿Usted se interesa por que su hijo(a) practique algún deporte?	SI = 1	NO = 0
57. ¿Le ha enseñado a su hijo(a) esperar a obtener lo que desea?	SI = 1	NO = 0
58. ¿Usted trata a su hijo(a) como si fuera más pequeño?	SI = 0	NO = 1
59. ¿Usted platica con su hijo (a) sobre lo que piensa acerca de la moral e inmoralidad?	SI = 1	NO = 0
60. ¿Sus padres influyen mucho en sus asuntos familiares?	SI = 0	NO = 1
61. ¿Usted confía en su hijo (a)?	SI = 1	NO = 0
62. ¿Usted ha enseñado a su hijo (a) a fijarse metas nuevas y posibles?	SI = 1	NO = 0
63. ¿Alguno de ustedes rechaza a su hijo (a)?	SI = 0	NO = 1
64. ¿En su familia la religión es un tema del que se habla mucho?	SI = 1	NO = 0
65. ¿Usted cree que después de los años de vivir juntos conoce a su pareja?	SI = 1	NO = 0
66. ¿Se considera usted un ejemplo que le gustaría seguir a su hijo (a)?	SI = 1	NO = 0
67. ¿Sus hijos le hablan de tú?	SI = 1	NO = 0
68. ¿Usted le pega con frecuencia a su hijo (a)?	SI = 0	NO = 1
69. ¿Cuándo su hijo (a) quiere hacer algo por sí mismo usted le pone obstáculos?	SI = 0	NO = 1
70. ¿El dinero familiar se maneja cuidadosamente?	SI = 1	NO = 0
71. ¿En su familia pelean mucho?	SI = 0	NO = 1
72. ¿Su pareja acostumbra ayudar en el trabajo de la casa?	SI = 1	NO = 0
73. ¿Su hijo (a) tiene un horario para hacer tareas y estudiar?	SI = 1	NO = 0
74. ¿Usted se siente orgulloso de ser mexicano?	SI = 1	NO = 0

75. ¿Después de situaciones difíciles han logrado vivir sin rencor ni resentimiento constante? SI = 1 NO = 0
76. ¿Se siente separado (a) sentimentalmente de su pareja aunque viven juntos? SI = 0 NO = 1
77. ¿En su familia siempre se tratan con groserías? SI = 0 NO = 1
78. ¿Ustedes casi siempre logran ponerse de acuerdo para ordenarle algo a su hijo (a) SI = 1 NO = 0
79. ¿En su familia cuando se pelean muy fuerte buscan pronto contentarse? SI = 1 NO = 0
80. ¿Comparte usted con su pareja sus metas, aspiraciones y proyectos? SI = 1 NO = 0
81. ¿Muchas veces platica toda su familia junta? SI = 1 NO = 0
82. ¿Usted impulsa a su hijo (a) a que tome sus decisiones? SI = 1 NO = 0
83. ¿Las actividades de su familia en su mayoría las planean con anterioridad? SI = 1 NO = 0
84. ¿En su familia acostumbran rezar (orar, hacer oración)? SI = 1 NO = 0
85. ¿Considera usted que su hijo (a) manifiesta un miedo excesivo a enfrentar dificultades? SI = 0 NO = 1

HOJA DE RESPUESTAS

DINAMICA FAMILIAR

OCUPACION _____

FECHA _____

GENERO M () F () EDAD _____

ESCOLARIDAD EN AÑOS _____

Contesta con la mayor sinceridad posible marcando con una X en el recuadro que corresponda a su respuesta.

F1	SI ()	NO ()	B85	SI ()	NO ()
	SI ()		A80	SI ()	NO ()
	NO ()	SI ()		SI ()	NO ()
H24	SI ()	NO ()	C81	SI ()	NO ()
	SI ()				
	NO ()				

CLAVES:

I		
II	B	B. FORMACION DE IDENTIDAD
III	C	
IV	D	C. COMUNICACIÓN EXPRESION Y SILIUDARIDAD FAMILIAR
V	E	D. ESTRUCTURA DE LA AUTORIDAD EN LA FAMILIA
VI	F	E. MANEJO DEL CONFLICTO Y AGRESIVIDAD
VII	G	F. DISCIPLINA Y METODO
VIII	H	

CALIFICACION DE DINAMICA FAMILIAR

FAMILIA	PUNTUACION
Funcional	Mayor o igual a 72
Probablemente disfuncional	Menor a 72 y mayor 61
Disfuncional	Menor o igual a 61

Anexo 4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

CUADRO DE SALIDA (TABLA DE DATOS)

NUMERO	EDAD	PESO (IMC)	INSTRUMENTO EVALUACION DINAMICA FAMILIAR

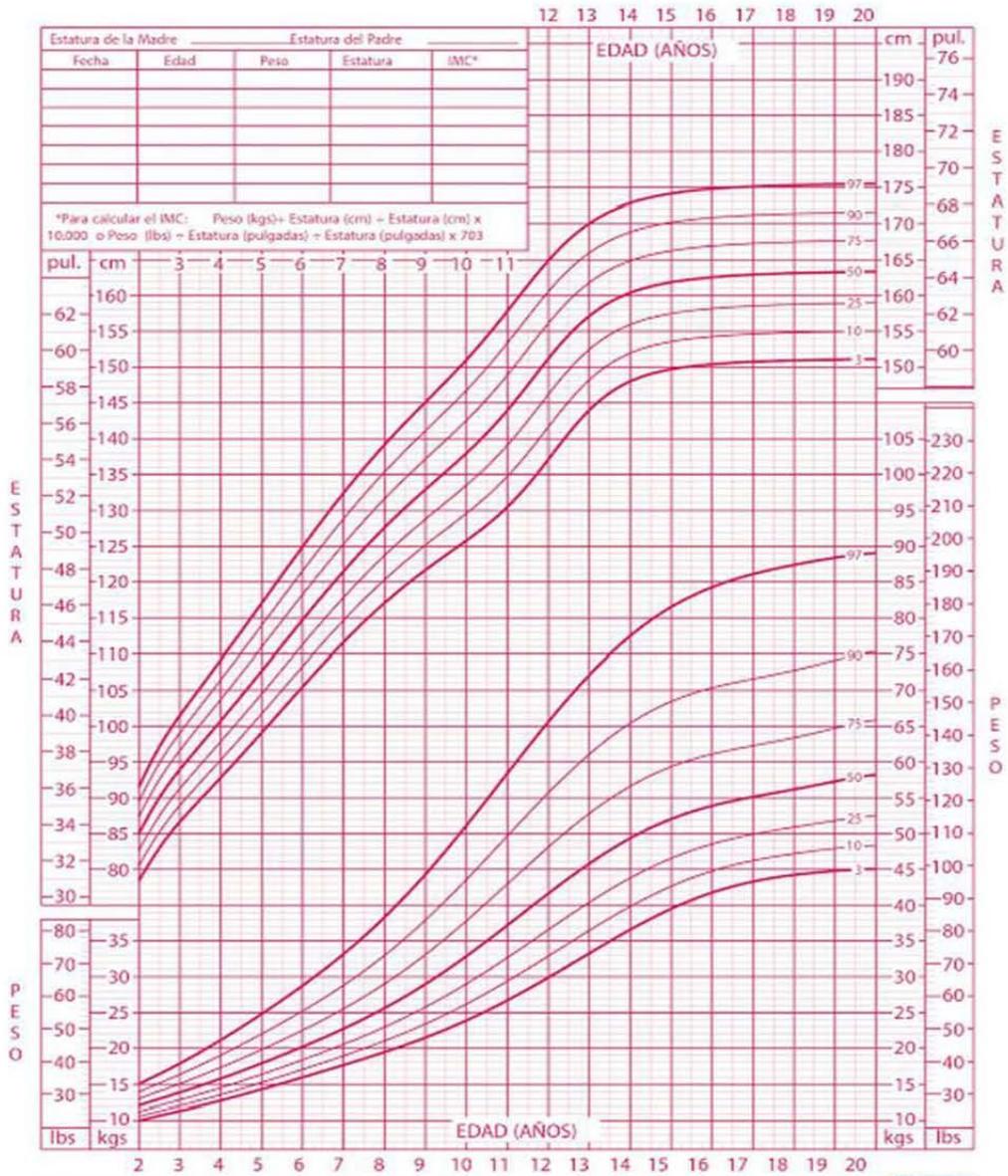
Anexo 6

2 a 20 años: Niñas

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

Nombre _____

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el
 Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

