



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**T E S I S**

**REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 “DR.  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**P R E S E N T A**

**DRA. BADILLO CHABLÉ AMALIA  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 98378282 Teléfono: 5567912400 Fax: No Fax  
Email: peke\_bella@hotmail.com

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [gilberto.espinozaa@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx)

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO  
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación  
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx)

**DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA  
ASESOR CLÍNICO**

Medico familiar Adscrito a la CE de Medicina Familiar TM del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 993779059 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [anafontanell@hotmail.com](mailto:anafontanell@hotmail.com)

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CD. UNIVERSITARIA, NOVIEMBRE 2017  
NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-3605-21**



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.

# **“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**AUTORES:** Dra. Badillo Chablé Amalia<sup>(1)</sup>, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto<sup>(2)</sup>, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo<sup>(3)</sup>, Dra. Toro Fontanell Ana Gloria<sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup>.Residente de segundo año de medicina familiar HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

<sup>(1)</sup> Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

<sup>(2)</sup> Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

<sup>(3)</sup> Médico Familiar Adscrito al servicio de la CE de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **OBJETIVO**

Determinar el grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo. Tamaño de la muestra: 228 Pacientes (intervalo de confianza 90%), del hospital H.G.Z./U.M.F. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Criterios de inclusión: ambos sexos, derechohabiente del IMSS, 10 a 15 años de edad, IMC igual o mayor del percentil 90. Instrumento de medición: Apgar familiar.

## **RESULTADOS**

Se estudió a 228 pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 donde se encontró que el 53.5% pertenecen al sexo masculino, la media de edad fue de 12.98 años ubicando el 46.9% en un rango de edad de 12 a 13 años. En la escolaridad de los padres un predominio de 60.1% con secundaria, casados 81.1%, empleados el 87.7%, con religión el 75.9%, entre 1 a 3 años de diagnóstico de la enfermedad en el 69.7%. Después de aplicar el instrumento se obtuvo que el 53.9% de los pacientes pediátricos con obesidad tienen alta satisfacción familiar.

## **CONCLUSIONES**

Se encontró que la satisfacción familiar es alta es en los pacientes pediátricos con obesidad en un 53.9%. Se reporta que más del 53% de pacientes pertenecen al sexo masculino. El cuestionario Apgar Familiar es un buen instrumento de screening para conocer el grado de satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad en el primer nivel de atención.

## **PALABRAS CLAVES:**

Obesidad, Satisfacción familiar, Cuestionario Apgar Familiar

**“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE  
SATISFACCIÓN FAMILIAR EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON  
OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

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

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL**  
**MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA CE DE MEDICINA FAMILIAR TM DEL**  
**H.G.Z./U.M.F. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

# AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la oportunidad de estar aquí y en el ahora.

A mi madre, mi esposo y familia por el apoyo otorgado en toda mi formación académica, sus consejos y amor brindado.

A mis asesores por la dedicación y paciencia que han tenido para conmigo y sobretodo por su tiempo, valioso tiempo que jamás regresa. Agradezco a mi tutor de la especialidad (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro) y a mi coordinador de enseñanza (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio), formaron en mí una persona con valores y disciplina. Gracias por su apoyo y consejos en momentos trascendentales en mi vida.

*Gracias a quién se va, gracias a quién va llegando, gracias infinitas a quién permanece...*

# ÍNDICE

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
1. Marco teórico	8
2. Justificación	20
3. Planteamiento del problema	21
4. Objetivos	22
5. Hipótesis	23
6. Material y métodos	24
7. Tipo de investigación	25
8. Diseño de la investigación	25
9. Población o universo	26
10. Ubicación temporal y espacial de la población	26
11. Muestra	27
12. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	28
13. Variables	29
14. Diseño estadístico	33
15. Instrumento de recolección	34
16. Método de recolección	35
17. Maniobras para evitar y controlar sesgos	36
18. Cronograma de actividades	38
19. Consideraciones éticas	40
20. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	41
21. Resultados	42
22. Tablas y gráficas	44
23. Discusión	59
24. Conclusiones	65
25. Bibliografía	67
26. Anexos	69



# MARCO TEÓRICO

## OBESIDAD

Entre las diferentes definiciones que se han escrito sobre la obesidad se mencionan las siguientes: 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 energético. 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 edad que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus.<sup>(1)</sup>

La medición más utilizada para determinar el estado nutricional en que se encuentra una persona es el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC fue creado por el estadístico belga Adolphe J. Quetelet alrededor de 1835 y consta de dividir el peso de la persona entre la talla (estatura), elevada al cuadrado. Según el IMC se clasifica entre 25 y 29,9 es sobrepeso, mayor o igual a 30 es obesidad, IMC mayor a 40 es la obesidad clínicamente grave o mórbida.<sup>(2)</sup>

Los valores del Índice de Masa Corporal (IMC: peso/talla<sup>2</sup>; kg/m<sup>2</sup>) varían en la niñez y en la adolescencia dependiendo de la edad y sexo. El IMC es el parámetro más frecuentemente usado para el cribado del exceso de grasa corporal, ya que es muy fácil de determinar y tiende a correlacionarse bastante bien con el compartimento graso. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) define obesidad como el valor  $\geq$  percentil 95 del IMC correspondiente a la edad y se está en riesgo de sobrepeso si los valores oscilan entre el percentil 85 y 95 del IMC correspondiente a la edad; (anexo 1) investigadores europeos clasifican el sobrepeso entre los percentiles 85 y 95 para la edad y la obesidad arriba del percentil 95.<sup>(3)</sup>

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.<sup>(4)</sup>

La Secretaría de Salud también toma a consideración el sobrepeso para la misma definición, al igual que la OMS, “La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado pre mórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos”. La Norma Oficial Mexicana para el manejo de la obesidad, la define de la siguiente forma: “Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.”<sup>(5)</sup>

### **Epidemiología de la Obesidad en México**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 para la población en edad escolar, (de 10 a 15 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). En 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos, 0.4 pp o 1.1% menos que en 2006. Una tercera parte de la población entre 10 y 15 años de edad en el país presenta exceso de peso corporal (sobrepeso más obesidad) y esto persiste como un gran reto de salud. Existen distintas explicaciones posibles para este fenómeno. Una de ellas es que existe un porcentaje poblacional con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo por razones genéticas que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en ciertas poblaciones. Una segunda explicación, es que se han modificado los factores de riesgo (ingestión de energía o actividad física) como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación. De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad.<sup>(6)</sup>

La OMS (2006) en la Conferencia Ministerial contra la Obesidad, la Dieta y la Actividad Física para la Salud, realizada en Estambul, confirmó que la obesidad no sólo afecta a la salud de las personas, sino que también constituye un obstáculo para el desarrollo económico y social de las naciones, pues el sobrepeso y la obesidad del adulto es responsable de más del 6% de los gastos en salud además de los costos indirectos (pérdidas de vida, productividad e impacto sobre el ingreso), que son dos veces más altos. En la misma conferencia, la OMS comento que el sobrepeso y la obesidad afectan principalmente a los grupos socioeconómicos bajos, contribuye a incrementar y perpetuar las desigualdades en salud y otro tipo de inequidades.<sup>(7)</sup>

Entre los cambios observados en nuestro país, que pueden tener una connotación negativa en los habitantes, están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que en las últimas décadas, la población Mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes. Asociado a estos cambios se está observando un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como es la diabetes y la obesidad entre otros. Por otra parte, el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural. Los antropólogos han enfatizado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Por modos de alimentarse (cultura alimentaria), la antropología entiende que son los hábitos alimentarios de una sociedad en particular, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos.<sup>(8)</sup>

En la sociedad actual, con estratificación clasista y orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista, la industria alimentaria interviene a través de diferentes instrumentos entre los que destaca la publicidad, para introducir un concepto nuevo de alimento y dieta. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos. Generalmente los productos industrializados que se consumen en circunstancias de antojo se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional que otros similares.<sup>(9)</sup>

## **SATISFACCION FAMILIAR**

La satisfacción familiar es definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, que resume la calidad de vida de un individuo. Esta se correlaciona positivamente con el sentido de la vida del ser humano y el bienestar psicológico. La satisfacción familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. Los eventos críticos familiares incluyen las crisis que se definen como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.<sup>(10)</sup>

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función. La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar. Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.<sup>(11)</sup>

Los criterios para funcionalidad familiar incluyen la comunicación que debe ser clara, directa, específica y congruente; individualidad es decir que sus miembros tengan autonomía respetada e indiferencias toleradas, la toma de decisiones, es decir buscar la solución más apropiada para cada problema y por último, la reacción a los eventos críticos, esto significa ser flexible para adaptarse a las demandas exigentes. Se ha descrito que la familia es un sistema abierto constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean cosanguíneos, legales y/o de afinidad. la familia tiene la responsabilidad de guiar y proteger a sus miembros, se le considera como la unidad de análisis de la medicina familiar. Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.<sup>(12)</sup>

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.<sup>(13)</sup>

Los principios fundamentales del funcionamiento familiar (SEGÚN FRAMO) describen: a) Que cada uno de los padres esté bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar. b) Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos. c) Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos. d) Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen. e) Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro. f) Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo. g) Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos. h) Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara. i) Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto. j) Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.<sup>(14)</sup>

La homeostasis familiar según Jackson es el equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. La familia funcional son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.<sup>(15)</sup>

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital y se caracteriza por diez aspectos primordiales como son: un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas.<sup>(16)</sup>

## TRATAMIENTO

El tratamiento debe estar dirigido a modificar el contenido dietético y calórico, definir y utilizar un programa de actividad física adecuado para la edad, modificar la conducta del niño y promover la participación familiar. Es necesario que el problema de obesidad sea totalmente comprendido y aceptado para lograr la adherencia y mantener el tratamiento continuo para evitar que se convierta en un círculo vicioso. El objetivo primario es mejorar a largo plazo el peso, ya sea pérdida de peso o mantenimiento del mismo durante el crecimiento lineal. Se recomienda un abordaje terapéutico multidisciplinario con la intervención conjunta del médico tratante, psicólogo y Lic. en Educación Física. La prescripción del plan de alimentación debe realizarlo de preferencia un profesional certificado en nutrición. Identificar la distribución percentilar del índice de masa corporal (IMC) en que se encuentre el niño o adolescente, es un proceso que permite obtener un diagnóstico rápido del estado de salud nutricional, sin necesidad de equipos invasivos o de alto costo. Para algunos niños será suficiente establecer hábitos saludables de alimentación, y otros pueden necesitar esfuerzos adicionales para alcanzar un balance negativo de energía. El plan de manejo debe individualizarse en el niño y adolescente con sobrepeso (distribución del IMC entre la percentil 85 y 95), u obesidad (igual o mayor a 95).<sup>(17)</sup>

Son pocos los medicamentos utilizados para la reducción de peso en la adolescencia, uno de los utilizados es el orlistat, aprobado para pacientes mayores de 12 años. El orlistat se une a grupos serina de las lipasas gástricas y pancreáticas, inhibiendo la acción de éstas en el tracto gastrointestinal, reduciendo la absorción de grasas en 30%, y la dosis recomendada es de 120 mg tres veces al día. Los efectos de estos medicamentos han sido modestos y siempre deben indicarse con el plan de alimentación y ejercicio. En adolescentes obesos de alto riesgo se ha utilizado metformina para mejorar la resistencia a la insulina. La metformina estimula la acción de la insulina a nivel del postreceptor en el músculo esquelético, reduce la producción hepática de glucosa, estimula la utilización de glucosa a nivel muscular y tejido graso, interfiere con la absorción de glucosa, colesterol y sales biliares a nivel intestinal. Sin embargo la reducción en el porcentaje de peso son poco alentadores. La utilización de otros fármacos reguladores del apetito, o que incrementen el gasto energético, no está indicado en la infancia por sus efectos secundarios. Se han utilizado sustancias análogas a la fibra vegetal, dando la sensación de saciedad, pero su eficacia es limitada.<sup>(18)</sup>

## APGAR FAMILIAR

El uso del Apgar familiar se remonta a 1978 cuando el Doctor Gabriel Smilkstein en Washington, publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”. Fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia. La escala de calificación de Apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, en las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el mismo número de reactivos en el test, no se identifica la posibilidad de medir con el Apgar la disfunción familiar. Esta incongruencia entre contenido de los constructos y sus reactivos, objetivo del instrumento y escala de calificación, obliga a considerar que el Apgar familiar realmente no mide la función familiar como lo propuso su autor. Además, debido a que éste se ha empleado en el ámbito de la medicina familiar y a que el análisis de su diseño, objetivos, confiabilidad y validez no son consistentes, es indispensable esclarecer la congruencia de todos estos elementos, y contribuir a tener un instrumento confiable y con la validez suficiente para que el profesional de la salud lo pueda utilizar y valorar tanto en el trabajo clínico como en la investigación. El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión. Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. <sup>(19)</sup>

## ANTECEDENTES

El sobrepeso y la obesidad han aumentado en los últimos 30 años al grado de convertirse en un problema de proporciones epidémicas en adultos y en niños, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; México no es la excepción. Hasta hace poco, prácticamente no se hablaba de obesidad en la infancia y en la adolescencia y la desnutrición dominaba los espacios en revistas especializadas de nutrición y salud. El caso es distinto hoy día; debido a esto, es de gran relevancia monitorizar los patrones de crecimiento de la población y documentar las desviaciones de la normalidad (llámese desnutrición o sobrepeso y obesidad), para de esta manera poder formular políticas de salud, planear intervenciones, monitorizar su efectividad y de esta forma dirigir los esfuerzos a la prevención.<sup>(20)</sup>

La literatura reporta que las familias tienen un rol importante en la etiología y evolución de múltiples enfermedades, y las relacionadas con la alimentación están en primera fila dentro de las denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cerebro-cardio-vasculares, trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, llamadas también enfermedades emergentes, cuyo factor común se relaciona con la importancia de la comunicación entre quienes las padecen con sus progenitores, enfermedades que han aumentado su incidencia en las últimas décadas, por lo que el entorno familiar se constituye en un factor de riesgo declarado, por las prácticas y estilos de vida de sus integrantes, que si se conjugan con predisposición genética, generan ambientes muy propicios para el desarrollo de los mencionados desórdenes.<sup>(21)</sup>

Teniendo en cuenta este escenario, es evidente la importancia de comprender los problemas nutricionales desde distintas perspectivas con el fin de prevenirlos y tratarlos de manera más efectiva y una de las formas de hacer una aproximación a dicha comprensión es desde el punto de vista de la familia, máxime si se tienen en cuenta situaciones tan ambivalentes que ubican a la familia como un agente causante, mientras que en otras, es ella la que se adapta y padece la enfermedad y sus consecuencias, en otras palabras, es vista la familia como víctima y como culpable, como bloqueadora o como recurso favorecedor del tratamiento.<sup>(22)</sup>



En muchos países del mundo, principalmente de ingresos medios y bajos, se ha dado un cambio drástico en el perfil epidemiológico y nutricional de sus poblaciones, conocido como transición nutricional, debido a modificaciones en las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales, fundamentalmente, que han incidido de manera radical en los patrones de consumo de alimentos en los hábitos de actividad física de sus habitantes. La familia, como grupo mediador entre la sociedad y el individuo, constituye una especie de reflejo de aquella y su efecto se da en las actitudes, dificultades y conflictos que presentan las familias, que tienen incidencia en sus integrantes, sin que reconozcan las causas más profundas. <sup>(23)</sup>

Existe una teoría que explica el origen de la obesidad en algunos menores partiendo del vínculo temprano madre-hijo/a que se refiere a la sobrealimentación de los bebés, mediante el darle comida sin que la pidan, por lo que el lactante no alcanza a percibir sus propias señales internas de hambre y come y come sin tener aprendizajes de saciedad ni de hambre, por lo que cuando crece ya está habituado a comer aunque no tenga hambre ni apetito. Se atribuye entonces como factor causal de la obesidad infantil a la falta de percepción materna del sobrepeso de los niños en edad preescolar o jardín de infantes. Demostraron que muy pocas madres de niños y niñas con sobrepeso se mostraron preocupadas por la imagen de ellos y, además, estas madres no creían que sus menores presentaban sobrepeso y, por lo tanto, eran indiferentes a su condición. La incapacidad de poner límites a los hábitos alimentarios de los niños y las niñas podía estar relacionada con el uso de la comida como una herramienta para premiarles o castigarles. <sup>(24)</sup>

En cuanto al factor genético se ha establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para los hijos será de 69 a 80%, pero cuando solo uno de los progenitores es obeso, el riesgo será del 41 al 50%, y si ninguno de los dos es obeso, el riesgo disminuye a un 9%. Otros estudios ofrecen datos preocupantes al respecto de la relación de causalidad cuando se afirma que existe un 75% de probabilidades de que los hijos tengan sobrepeso si ambos padres son obesos y entre un 25 y un 50%, si sólo uno de los padres lo es. <sup>(25)</sup>

Respecto a la influencia de la familia en la presentación de enfermedades relacionadas con la alimentación se ha trabajado muchísimo en trastornos como la anorexia y la bulimia, pero hay otros que apenas están siendo pensados, como en el presente caso, el de la obesidad infantil. Algunos estudios han identificado la conexión de ciertos estilos de funcionamiento familiar con individuos con trastorno de la alimentación, e indican que las interacciones en estas familias difieren de aquellas sin miembros con trastornos alimentarios. Salvador Minuchin desarrolló un modelo estructural familiar que identifica cinco características predominantes de interacciones que mantienen la “somatización”: (a) aglutinamiento, una extrema forma de proximidad e intensidad en las interacciones familiares; (b) sobreprotección, reflejada en el alto grado de preocupación que los miembros de la familia tienen en el bienestar de los otros; (c) rigidez, caracterizado por una necesidad de mantener el status quo; (d) evitación de conflicto; (e) involucración de los hijos en los conflictos parentales (maritales) a través de triangulación. <sup>(26)</sup>

La comunidad de científicos ha estudiado la asociación entre un tipo de funcionamiento familiar y la presencia de trastornos de la alimentación, existen puntos de vista controversiales. Pese a los resultados inconsistentes, han surgido dos grandes hallazgos de la acumulación de datos: (a) mientras parece no haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a trastornos de alimentación, las familias que generalmente tienden a ser más disfuncionales y la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno. También indican que los sujetos con trastornos alimentarios perciben a sus familias como significativamente menos adaptables, menos cohesionadas y más pobremente comunicativas comparadas con personas sin trastornos alimentarios así mismo encontraron que las percepciones de funcionamiento familiar no estaba relacionado con la conducta de dieta, aunque el comer compulsivo estaba asociado con la carencia de cohesión familiar. <sup>(27)</sup>

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. El primer sistema social en el cual el ser humano se educa es la familia y es el núcleo familiar donde comienza la configuración de las actitudes, creencias y conductas de los menores. Al respecto, Cantera señala: “Probablemente los hábitos de muchos niños y jóvenes han tenido su origen en su propio hogar, lo que hacemos, con nuestros comportamientos cotidianos, nuestros valores y comentarios tienen una influencia incuestionable en nuestros hijos, ya que la atmósfera familiar, lo que ven y lo que oyen afecta a la formación de su personalidad”. <sup>(28)</sup>

Los valores en la familia se aprenden a través de la práctica, esto es, los hijos aprenden de sus padres, madres, hermanos/as, otros miembros de la familia, y de otras personas con quienes está en contacto directo, sin embargo los valores son dinámicos y muy influenciados por la socialización misma, con el paso del tiempo en la misma familia y fuera de ella. Durante la etapa de educación infantil, el campo de relación social de los niños se va ampliando de modo considerable, hasta el punto de entrar en contacto con adultos con los que no tiene ningún nexo familiar como en el caso de los niños y niñas que acuden por primera vez a una casa-cuna o a una escuela infantil, pero la familia continúa siendo el punto de referencia durante los primeros años de vida, por ello, la primera instancia de relación de los niños y las niñas con los adultos, se da en el ámbito familiar.<sup>(29)</sup>

La educación familiar se circunscribe al ámbito de la educación informal y se caracteriza por ser un proceso permanente, sin estructuración preconcebida sino que las pautas van surgiendo en la medida en que se den las necesidades. Este tipo de educación tiene que ver con conocimientos, actitudes y conductas o hábitos, que se adquieren mediante las experiencias de vivir en contacto con los demás, es decir, en la familia se aprende por contacto directo en la vida cotidiana, a partir de la observación y la imitación, siendo de gran importancia el modelado del comportamiento de los mayores. En esta dinámica se aprenden conceptos sobre la salud, sobre el autocuidado, sobre los alimentos; lo que a criterio de la familia es bueno y lo que no, lo que hay que hacer para ganarse una compensación en dulces o la privación de ellos por una reprimenda; lo que gusta y lo que se rechaza; la forma de preparar y de comer los alimentos, las cantidades, los horarios, las normas en la mesa, además de que se comprometen todos los sentidos respecto a lo alimentario, lo cual imprime un gran valor a esta formación por estar atravesada de emotividad y afecto. En algunos casos quienes prodigan tales posibilidades son los abuelos/as, que muchas veces bajo la intención de educar a sus nietos/as, de modo directo o indirecto, determinan los hábitos que marcarán la vida de adulto poco saludable, en los más pequeños. Los padres y madres se ocupan de las necesidades materiales y afectivas de sus hijos, se encargan de la educación de éstos y de la formación de hábitos, también en relación con la nutrición y la salud, así como de la adquisición de normas de conducta, de acuerdo con las características que posean, tales como el estatus económico y cultural, así como la personalidad de los miembros que integran la familia, los cuales configuran distintos estilos educativos familiares. Los primeros hábitos a formar son, indiscutiblemente, aquellos que están relacionados con las necesidades básicas infantiles, como son: la alimentación, el sueño, el aseo, la eliminación, entre otras.<sup>(30)</sup>

Uno de los aprendizajes que hace el niño y la niña en el hogar se relaciona con el hábito televisivo. Qué ver en la televisión, cómo hacerlo, a qué horas, cuándo, con quién, por cuánto tiempo, haciendo qué, son algunos de los aspectos que poco a poco en el menor configuran un hábito para el resto de vida. Adicionalmente, han planteado algunos expertos que el abuso de la televisión resta tiempo al juego y al deporte, estimula el picoteo de chucherías y la inclusión en la alimentación diaria de los productos alimenticios anunciados, muy calóricos y poco nutritivos, que fomentan trastornos nutricionales como la obesidad y la hipercolesterolemia. <sup>(31)</sup>

Desde otro ángulo, en la década de 1980 los investigadores empezaron a interesarse por las interacciones entre padres e hijos en el contexto de la alimentación y que influyen en el estado nutricional de un niño. Gran parte de la primera investigación fue realizada por Leann Birch de la Universidad de Penn State; él y sus colegas fueron los primeros en adaptar y aplicar la taxonomía de Diana Baumrind sobre el Estilo de Crianza para explicar las diferentes vías y efectos frente a la alimentación. Se identificaron varios estilos de alimentación para describir la forma en que los padres interactúan con sus hijos. Una alimentación bajo el estilo autoritario se manifiesta como el mantenimiento de un alto nivel de control sobre los niños al restringirles el acceso a alimentos específicos generalmente los poco saludables, presionar a un menor a comer y forzarlo a consumir alimentos con poca consideración por sus preferencias. Desde otro lado, los padres con un estilo indulgente/permisivo en la alimentación permiten a sus hijos que elijan con total libertad lo que consumen y en la cantidad que deseen, lo que ha llevado a algunos a equiparar este tipo de alimentación con “negligencia nutricional”. Los padres que operan democráticamente frente a la alimentación permitiendo a sus hijos ejercer algún control en el proceso estos podrían controlar la elección de los alimentos y su salud a través de las comidas que preparan y ofrecen así como permitirle a los chicos elegir los alimentos de esas comidas que les gustaría comer y en qué cantidad. <sup>(32)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Se ha definido a la obesidad como una enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, por eso la importancia de estudiarla ya que diversos estudios evidencian que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgos de desarrollar enfermedades del corazón, arterioesclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de las que nos imaginamos. En la actualidad, la obesidad es un problema de salud pública que afecta a millones de personas a nivel mundial y que engloba a todas las edades, se presenta con mayor frecuencia en la niñez-adolescencia, etapas de riesgo donde ocurren cambios a nivel físico y psicológicos.

La familia es la principal responsable del cuidado de los hijos y el principal patrón de referencia de los conocimientos, actitudes y prácticas relativas a la formación de hábitos alimentarios y actividad física, factores causales importantes de la obesidad. La obesidad repercute negativamente en estas dos áreas; los adolescentes, debido a la importancia que le brindan a su imagen corporal, están predispuestos a presentar baja autoestima y otros trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, todos estos factores perjudican a nivel de la familia, contribuyendo en la interrelación entre sus miembros, de ahí la relevancia de hacer este estudio, para conocer de qué manera influye esta condición del paciente pediátrico obeso en su entorno familiar en los pacientes tratados en el HGZ/UMF No. 8.

La importancia de esta investigación radica en que en base a los resultados se podrán establecer en un futuro las posibles redes de apoyo, tanto institucionales como familiares, que se les puede brindar a estos pacientes, en conjunto con un tratamiento multidisciplinario que les permita afrontar esta etapa de la mejor manera posible. El gasto en obesidad para México en el 2010 fue de \$806 millones de dólares, se estima que para el 2030 será de \$1.2 mil mdd y para el 2050 de \$1.7 mil mdd, la obesidad no solo afecta la salud de las personas, sino que constituye un obstáculo para el desarrollo social y económico de las naciones ya que esta es responsable de más del 6% del gasto total en salud, así mismo el sobrepeso y la obesidad afectan principalmente a los grupos socioeconómicos bajos contribuyendo a incrementar y perpetuar las desigualdades en salud y otro tipo de inequidades, por la tendencia al incremento en su prevalencia la obesidad infantil pone en riesgo la estabilidad económica de cualquier nación ya que aumentarán las tasas de morbimortalidad, sin embargo si la población disminuye el incremento de peso se estiman grandes beneficios económicos.

El siguiente trabajo plantea conocer el grado de satisfacción actual de la familia utilizando el instrumento de evaluación diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), es un instrumento validado, con buen nivel de confiabilidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La obesidad infantil constituye un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la nutrición, algunas de las cuales son causa importante de muerte, es una patología que ha ido incrementando con el paso del tiempo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública a nivel mundial. Las últimas encuestas nacionales de nutrición han mostrado un incremento gradual en los niños, la mitad de los niños obesos en edad escolar serán obesos en edad adulta.

Frente a problemas alimentarios y nutricionales tan serios como la obesidad, se ha encontrado que no hay una única causa o causas específicas, sino un conjunto de factores determinantes o influyentes, algunos más claros y estudiados que otros. Por ser un problema que se ha incrementado con paso lento pero continuo en las últimas décadas la obesidad infantil constituye un tema a investigar por parte de todas disciplinas que se relacionan con él con la finalidad de profundizar en su conocimiento e identificar posibles líneas de acción para prevenir su ocurrencia.

Muchos temas han sido estudiados en relación a la obesidad infantil, sin embargo las relaciones intrafamiliares del paciente obeso ha sido poco explorada y resulta de utilidad contar con dicha información a fin de tener una visión integral de la familia.

Es por lo cual nace la siguiente pregunta:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Cuál es el grado de satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?**

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el grado de satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## HIPÓTESIS

Se realiza hipótesis descriptiva con fines de enseñanza

### **Hipótesis nula ( $H_0$ ):**

No existe alta satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

### **Hipótesis alterna ( $H_1$ ):**

Existe alta satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z./U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".



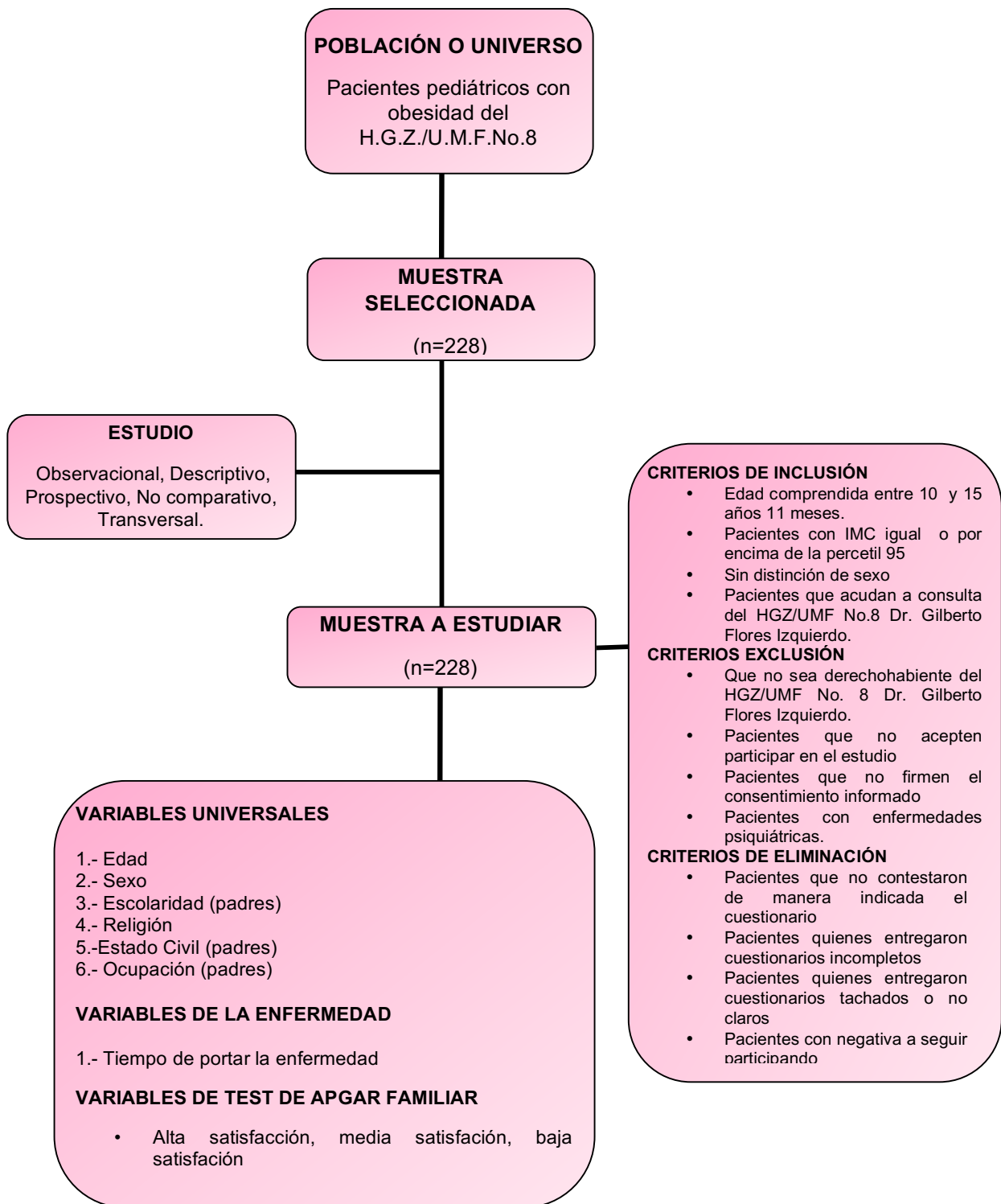
## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**.
2. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**.
3. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**.
4. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**.
5. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.

## A. DISEÑO DE LA INVESTIGACION



Elaboró: Amalia Badillo Chablé  
Residente de MF

## **POBLACIÓN O UNIVERSO**

El estudio se llevó a cabo en los pacientes pediátricos con obesidad derechohabientes del H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

La investigación se realizó en el H.G.Z./U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Ubicado en Av. Río Magdalena 284, colonia Tizapán La Hormiga, San Ángel, de la Delegación Álvaro Obregón C.P. 01090, que se encuentra en Ciudad de México, población urbana, se efectuó el estudio en el período marzo 2015-febrero 2017.

## MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica para una población finita necesaria fue de **228 pacientes** con un intervalo de confianza del 90%, con una proporción del 0.30 y una amplitud total de intervalo de confianza de 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

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

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Edad comprendida entre 10 y 15 años 11 meses.
- Pacientes con IMC igual o por arriba de la percentil 95.
- Sin distinción de sexo.
- Pacientes que acudan a consulta del H.G.Z./U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## **CRITERIOS EXCLUSIÓN**

- Que no sea derechohabiente del H.G.Z./U.M.F. No .8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes quienes no contestaron de manera indicada el cuestionario
- Pacientes quienes entregaron cuestionarios incompletos
- Pacientes quienes entregaron cuestionarios tachados o no claros
- Pacientes que tuvieron negativa a seguir participando

## **VARIABLES**

**Variable independiente:** Obesidad

**Variable dependiente:** Satisfacción familiar

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Escolaridad (padres)
- 4.- Estado Civil (padres)
- 5.- Ocupación (padres)
- 6.- Religión

### **VARIABLES DE LA PATOLOGÍA**

- 1.- Tiempo de diagnóstico de la enfermedad

### **VARIABLES DE TEST (APGAR FAMILIAR)**

- 1.- Apgar familiar

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

**VARIABLE INDEPENDIENTE: OBESIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS:** El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) define obesidad al valor  $\geq$  percentil 95 del IMC correspondiente a la edad y se está en riesgo de sobrepeso si los valores oscilan entre el percentil 85 y 95 del IMC correspondiente a la edad.

**VARIABLE DEPENDIENTE: SATISFACCION FAMILIAR:** La satisfacción familiar es definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, que resume la calidad de vida de un individuo. Esta se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico. La satisfacción familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia.

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

**EDAD:** Número de años cumplidos hasta el momento de realizar la encuesta.

**SEXO:** El género de un individuo.

**ESCOLARIDAD (PADRES):** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

**ESTADO CIVIL (PADRES):** Condición de soltería, matrimonio o viudez, etc., de un individuo.

**OCUPACIÓN (PADRES):** Trabajo, empleo, puesto u oficio en la cual la población emplea su tiempo.

**RELIGIÓN:** Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

### VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

**TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD.** Periodo desde que se hace el diagnóstico de la enfermedad.

### VARIABLES DEL INSTRUMENTO

**Cuestionario APGAR FAMILIAR:** El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil, consta de 5 preguntas con una puntuación total de 10 puntos que va desde Alta satisfacción, hasta baja satisfacción en el otro extremo.

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
EDAD	Cuantitativa	Continua	1= 10 a 12 años 2= 13 a 15 años
EDAD	Cuantitativa	Continua	Edad en Años
SEXO	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Femenino 2= Masculino
ESCOLARIDAD (padres)	Cualitativa	Nominal	1= analfabeta 2= Primaria 3= Secundaria 4= Preparatoria/ licenciatura
ESTADO CIVIL (padres)	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Soltero 2= casado
OCUPACIÓN (padres)	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Empleado 2=Desempleado
RELIGIÓN	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= creyente 2= no creyente

Elaboro: Amalia Badillo Chablé. Residente de MF

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
TIEMPO DE PORTAR LA ENFERMEDAD	Cuantitativa	Continua	1= 1 a 3 años 2= 4 a 6 años

Elaboro: Amalia Badillo Chablé. Residente de MF



**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DEL  
INSTRUMENTO TEST APGAR FAMILIAR**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALOR DE LA VARIABLE</b>
<b>TEST APGAR FAMILIAR</b>	Cualitativa	Nominal	1= Alta satisfacción: 7-10 puntos. 2= Media satisfacción: 4-6 puntos. 3= Baja satisfacción: 0-3 puntos.

**Elaboro: Amalia Badillo Chablé. Residente de MF**

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El instrumento que se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con obesidad es la escala de funcionalidad familiar Apgar familiar diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), la cual tiene un fundamento conceptual apoyado por el modelo sistémico. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios realizados con población mexicana y latinoamericana.

Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

El Apgar familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: **A**daptación, **P**articipación, **G**radiente de recurso personal, **A**fecto, y **R**ecursos, cuyas características son las siguientes:

Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. La validación inicial del Apgar familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Tiene un Alpha de Crombach de 0.84.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

**ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

**PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

**GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

**AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

**RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 2 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Casi nunca, 1: A veces, 2: Casi siempre.

### **Interpretación**

Alta satisfacción de 7 a 10 puntos, media satisfacción de 4 a 6 puntos y baja satisfacción de 0 a 3 puntos. Ver instrumento en anexos (Anexo 2)

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se reunió a los pacientes que contaron con los criterios de inclusión de la consulta externa y hospitalización del H.G.Z./U.M.F. No. 8. Se informó brevemente sobre la intención, utilidad y beneficios de la investigación, el concepto de obesidad y satisfacción familiar, en caso de aceptación se les entregó la encuesta aplicativa de la tesis (Anexo 2), carta de consentimiento informado (Anexo 3) y el cuestionario Apgar Familiar. Previamente firmado el consentimiento informado y cumpliéndose los criterios de exclusión, se garantizó la confidencialidad de sus respuestas, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo contestar el cuestionario. Cuando no fue posible el llenado de los cuestionarios por parte del paciente, sobre todo por bajo nivel cultural, se realizó por parte del investigador (Dra. Badillo Chablé Amalia) sin influenciar en las respuestas del cuestionario. Se les otorgó la papelería necesaria (pluma, corrector, lápiz, goma) para el llenado de los cuestionarios, proporcionando un tiempo aproximado de 10 minutos para concluir el cuestionario Apgar Familiar, comentándoles que en dicho cuestionario solamente se admite una respuesta por ítem, podría ser ayudado para su lectura por el familiar que lo acompañe y será suspendido después de dicho lapso de tiempo. Esta recolección se llevó a cabo entre los meses de mayo 2016 a septiembre 2016.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

### **Control de sesgos de información:**

- Se realizó una búsqueda intencionada en información de artículos científicos con plataformas electrónicas mediante la ficha técnica de medicina basada en evidencias.
- Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.
- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por parte del comité de investigación, para verificar su correcta estructura y precisión de los datos requeridos.
- La fuente de información fue ser similar para todos los participantes. Se explicó a los participantes verbalmente y con instrucciones por escrito la forma correcta de llenado de los cuestionarios para evitar confusiones, de igual forma, se aclararon todas las dudas que se presentaron tratando de que con las respuestas que se dieron no se influyera con los resultados de la encuesta.
- Las definiciones de satisfacción familiar y enfermedad fueron estándar.

### **Control de sesgos de selección:**

- Se evaluaron cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los participantes para el estudio.
- Se eligió una muestra representativa de 228 pacientes para un estudio descriptivo de población finita de variable dicotómica, con un intervalo de confianza del 99%.
- El examinador revisó el cuestionario para asegurarse de que todas las preguntas estuvieran contestadas y que sólo una de las respuestas alternativas fuera señalada por cada pregunta, evitando así dobles respuestas.

### **Control de sesgos de análisis:**

- Para minimizar errores durante el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Se creó una base de datos en Excel, con el fin de registrar y analizar los datos de forma correcta.
- Los resultados fueron analizados en el programa S.P.S.S. 22. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones. Además de distribución de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr los objetivos de conclusiones.

### **Control de sesgos de medición:**

- Se utilizaron las escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

### TESIS

**“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES  
 PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 DR. GILBERTO FLORES  
 IZQUIERDO”**

**2015-2016**

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
ANÁLISIS ESTADÍSTICO								X				
CONSIDERACIONES ÉTICAS									X			
VARIABLES										X		
BIBLIOGRAFÍA											X	
RESUMEN											X	
ACEPTACIÓN												X

**Elaboró: Amalia Badillo Chablé Residente MF**

## 2016 - 2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCIÓN DE DATOS			X	X	X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

Elaboró: Amalia Badillo Chablé Residente MF



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1975), por la 18ª Asamblea Médica Mundial y la modificación en la 52ª en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la NOM-012-SSA3-2012 en materia de investigación.

En base en las normas del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La carta de consentimiento informado se encuentra en anexos (anexo 3)

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

- **Recursos Humanos:** Se contó para la realización de este proyecto de investigación con recursos humanos a base de un investigador médico residente de medicina familiar (Dra. Amalia Badillo Chablé) quien realizó la aplicación de encuestas y recolección de datos. Además de un asesor metodológico para la revisión de la tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio) y asesores de diseño estadístico, interpretación de datos y clínicos (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro y Dra. Ana del Toro Fontanell).
- **Recursos Materiales:** Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra (aproximadamente 320 hojas blancas tamaño carta), lápices número 2 ½, plumas, correctores y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados, se utilizó un equipo de cómputo ACER con programa operativo WINDOWS 7 Ultimate, impresora, memoria USB de 4 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo.
- **Recursos Físicos:** Como recursos físicos contamos con el H.G.Z. / U.M.F. No. 8, salas de espera de la consulta externa y hospitalización, sala de cómputo y biblioteca del mismo.
- **Recursos de Financiamiento:** Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador médico residente de Medicina Familiar Dra. Amalia Badillo Chablé. Se realizó un gasto económico de aproximadamente \$1,000.00 (Mil pesos en M.N.).

## RESULTADOS

Se estudió a 228 pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8. La media de edad fue de 12.98 años con una mediana de 13 años y una moda de 13 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 1.422 años, un valor mínimo de 10 años y un valor máximo de 15 años.

En la sección de rangos de edad se encontró 37 (16.2%) de 10 a 11 años de edad, 107 (46.9%) de 12 a 13 años de edad y 84 (36.9%) de 14 a 15 años de edad. <sup>(Ver tabla y gráfico 1)</sup>

En cuanto al sexo se encontró 106 (46.5%) pertenecientes al sexo femenino y 122 (53.5%) al sexo masculino. <sup>(Ver tabla y gráfico 2)</sup>

De acuerdo a la escolaridad de los padres se observaron 52 (22.8%) con primaria, 137 (60.1%) con secundaria y 39 (17.1%) con bachillerato/licenciatura. <sup>(Ver tabla y gráfico 3)</sup>

Dentro de la sección de estado civil de los padres de los pacientes con obesidad se encontró 43 (18.9%) solteros y 185 (81.1%) casados. <sup>(Ver tabla y gráfico 4)</sup>

Por otra parte, respecto a la ocupación actual de los padres observamos 200 (87.7%) empleados y 28 (12.3%) desempleados. <sup>(Ver tabla y gráfico 5)</sup>

En el rubro de la religión se observó 173 (75.9%) creyentes y 55 (24.1%) no creyentes. <sup>(Ver tabla y gráfico 6)</sup>

En base al tiempo de diagnóstico de la enfermedad se arrojaron los siguientes datos: 159 (69.7%) de 1 a 3 años y 69 (30.3%) de 4 a 6 años. <sup>(Ver tabla y gráfico 7)</sup>

Finalmente, en lo que compete al grado de satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad se observó a 123 (53.9%) con alta satisfacción, 93 (40.8%) con media satisfacción y 12 (5.3%) con baja satisfacción. <sup>(Ver tabla y gráfico 8)</sup>

En relación al rango de edad y el grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad se encontró para el rango de edad de 10 a 11 años 24 (10.5%) con alta satisfacción, 11 (4.8%) con media satisfacción y 2 (0.9%) con baja satisfacción. En tanto que de 12 a 13 años 56 (24.6%) con alta satisfacción, 44 (19.3%) con media satisfacción y 7 (3.1%) con baja satisfacción. Mientras que en el rango de 14 a 15 años se observó 43 (18.9%) con alta satisfacción 38 (16.7%) con media satisfacción y 3 (1.3%) con baja satisfacción. <sup>(Ver tabla y gráfico 9)</sup>

Respecto a la asociación de sexo y el grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad se detectó en el sexo femenino 52 (22.8%) con alta satisfacción, 47 (20.6%) con media satisfacción y 7 (6.6%) con baja satisfacción. Así mismo, se presentó en el sexo masculino 71 (31.1%) con alta satisfacción, 46 (20.2%) con media satisfacción y 12 (5.3%) con baja satisfacción. <sup>(Ver tabla y gráfico 10)</sup>

En lo referente al estado civil de los padres y el grado de satisfacción familiar de los pacientes pediátricos con obesidad se observó en solteros 18 (7.9%) con alta satisfacción, 19 (8.3%) con media satisfacción y 6 (2.6%) con baja satisfacción. Mientras que en casados 105 (46.1%) con alta satisfacción, 74 (32.5%) con media satisfacción y 6 (2.6%) con baja satisfacción. <sup>(Ver tabla y gráfico 11)</sup>

En el rubro de asociación entre ocupación de los padres y el grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad se observó en la categoría de empleados 111 (48.7%) con alta satisfacción, 81 (35.5%) con media satisfacción familiar y 8 (3.5%) con baja satisfacción. Por otra parte en desempleados 12 (5.3%) que presentan alta satisfacción, 12 (5.3%) con media satisfacción y 4 (1.8%) con baja satisfacción familiar. <sup>(Ver tabla y gráfico 12)</sup>

De acuerdo a la asociación de escolaridad y el grado de satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad se obtuvo en el grado de escolaridad de primaria 28 (12.3%) tenían alta satisfacción, 20 (8.8%) media satisfacción y 4 (1.8%) baja satisfacción. En tanto que en pacientes con secundaria 80 (35.1%) referían alta satisfacción, 51 (22.4%) media satisfacción y 6 (2.6%) baja satisfacción. Mientras que en pacientes con bachillerato 15 (6.6%) tenían alta satisfacción, 22 (9.6%) media satisfacción y 12 (5.3%) baja satisfacción familiar. <sup>(Ver tabla y gráfico 13)</sup>

Con respecto a la asociación de religión y satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad se encontró en quienes tienen alguna religión 99 (43.4%) con alta satisfacción, 67 (29.4%) con media satisfacción y 7 (3.1%) con baja satisfacción familiar. Respecto a quienes no tienen religión 24 (10.5%) tienen alta satisfacción, 26 (11.4%) media satisfacción y 5 (2.2%) baja satisfacción familiar. <sup>(Ver tabla y gráfico 14)</sup>

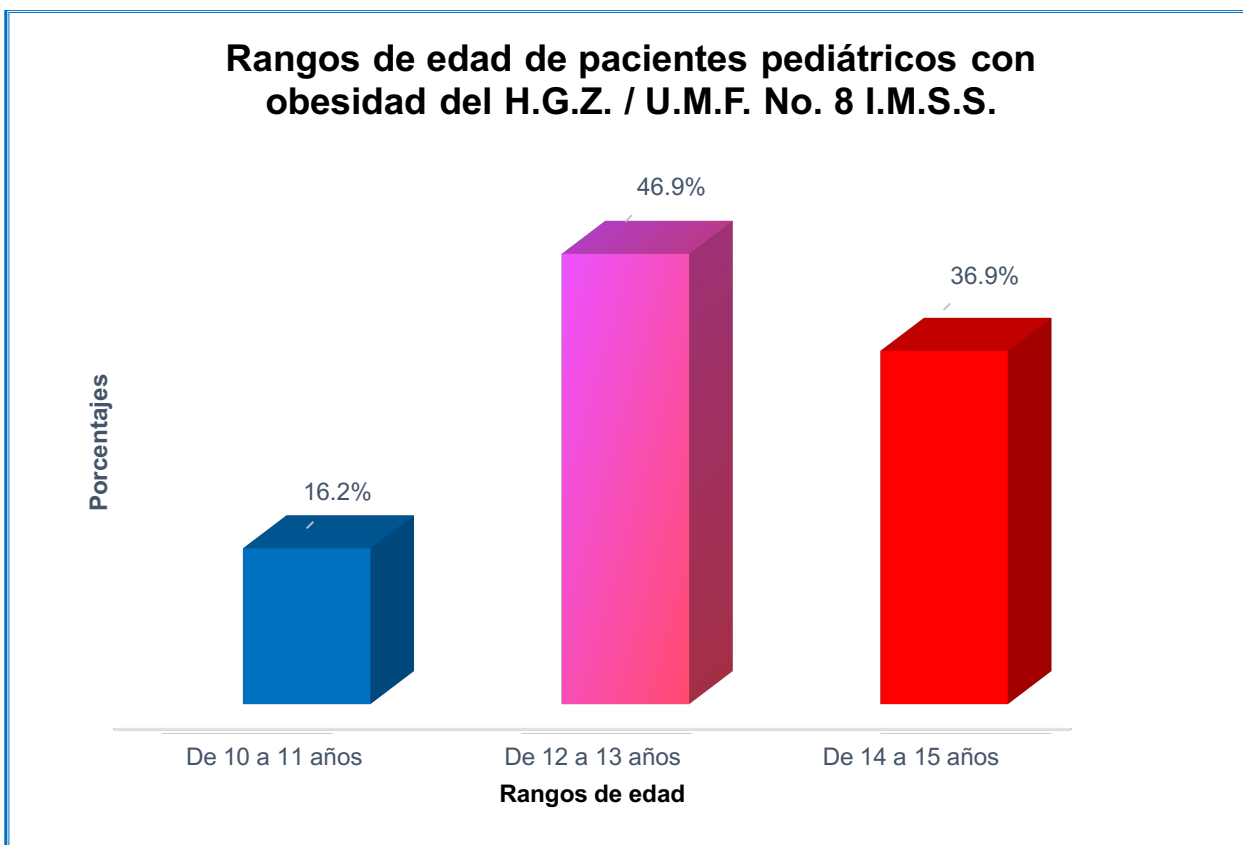
Por otra parte, en la asociación de años de diagnóstico de la enfermedad y el grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad se encontró en el rango de 1 a 3 años 88 (38.6%) con alta satisfacción, 64 (28.1%) media satisfacción y 7 (3.1%) baja satisfacción. En el apartado de 4 a 6 años 35 (15.4%) presentaban alta satisfacción, 29 (12.7%) media satisfacción y 5 (2.2%) baja satisfacción. <sup>(Ver tabla y gráfico 15)</sup>

TABLA 1

<b>Rangos de edad de pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Rangos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
De 10 a 11 años	37	16.2
De 12 a 13 años	107	46.9
De 14 a 15 años	84	36.9
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 1



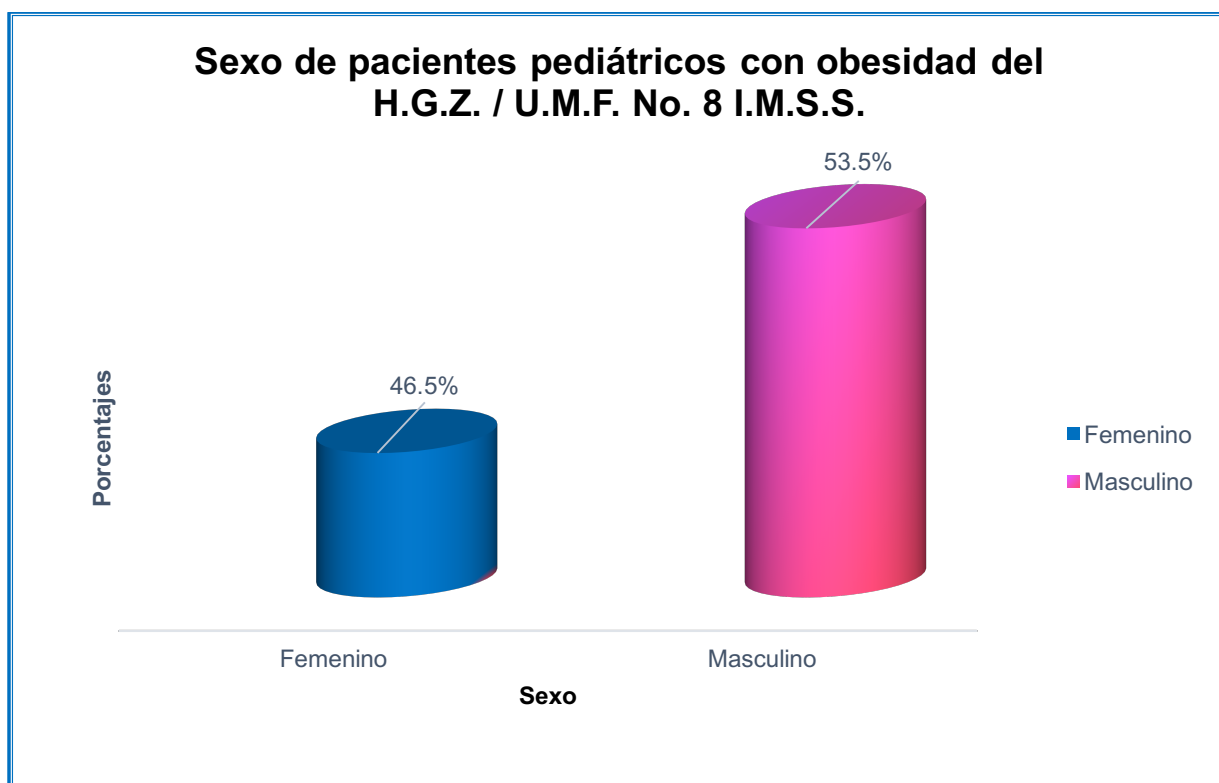
Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 2

<b>Sexo de pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	106	46.5
Masculino	122	53.5
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 2



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 3

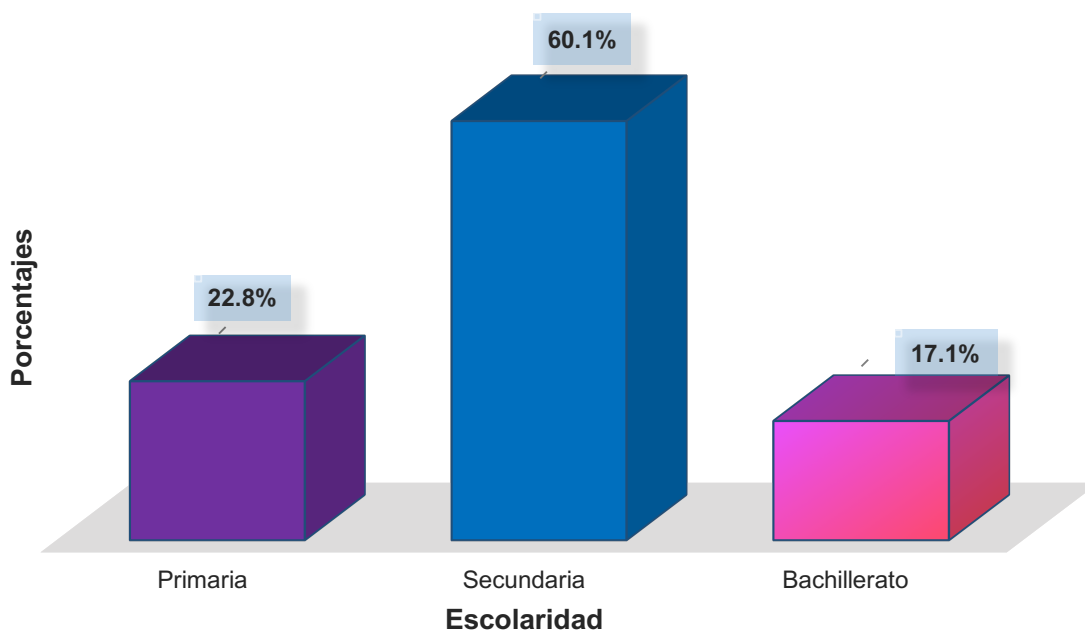
<b>Escolaridad Padres de los pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	52	22.8
Secundaria	137	60.1
Bachillerato/licenciatura	39	17.1
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 3



**Escolaridad padres de pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**



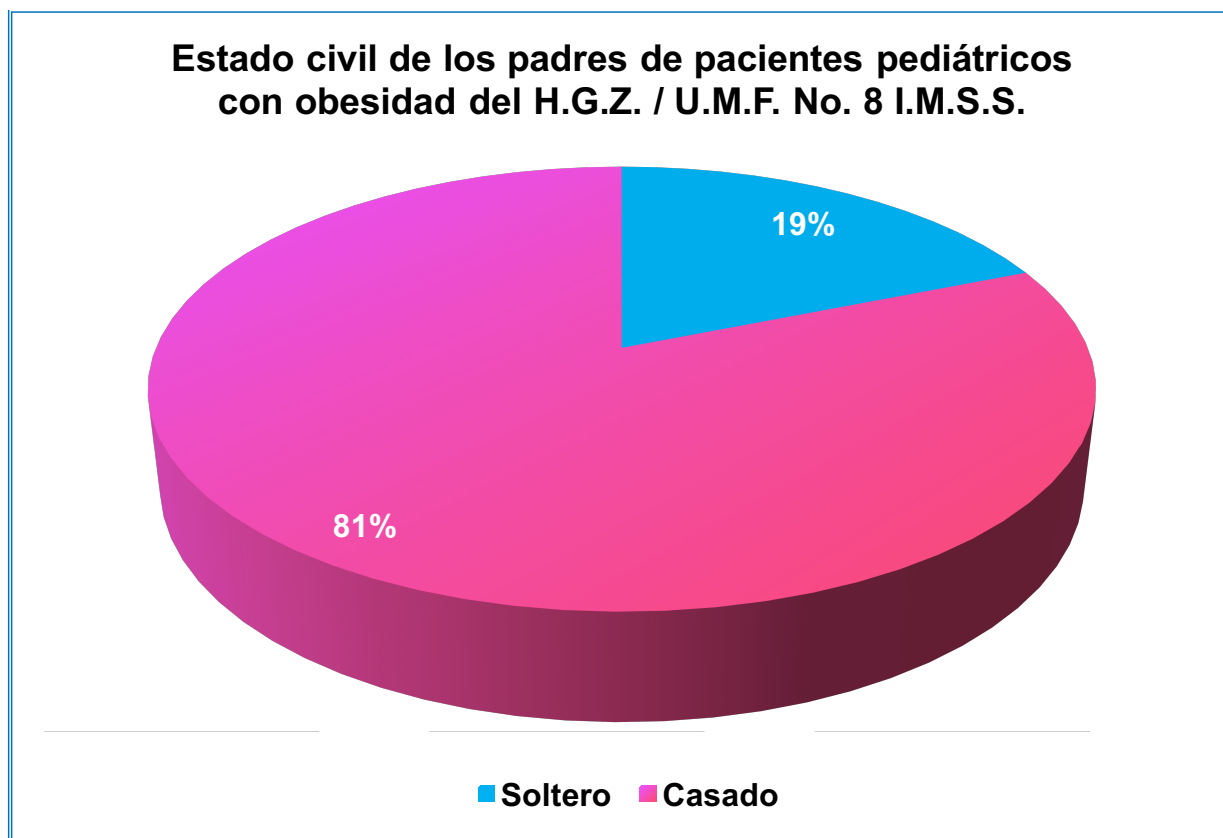
Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 4

Estado civil de los padres de pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	43	18.9
Casado	185	81.1
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 4



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.



TABLA 5

<b>Ocupación de los padres de los pacientes con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	200	87.7
Desempleado	28	12.3
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 5



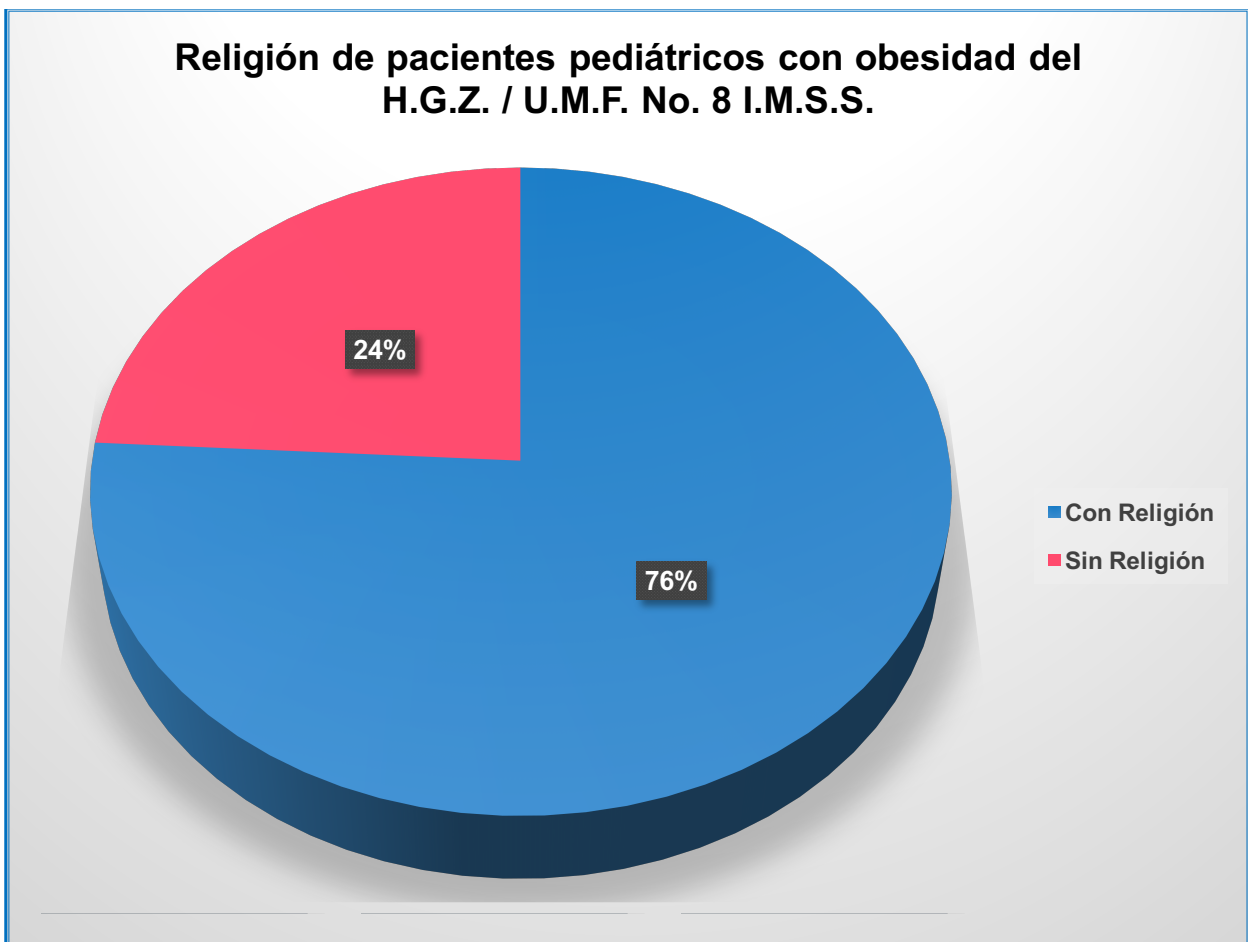
Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 6

<b>Religión de pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con Religión	173	75.9
Sin Religión	55	24.1
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRAFICO 6



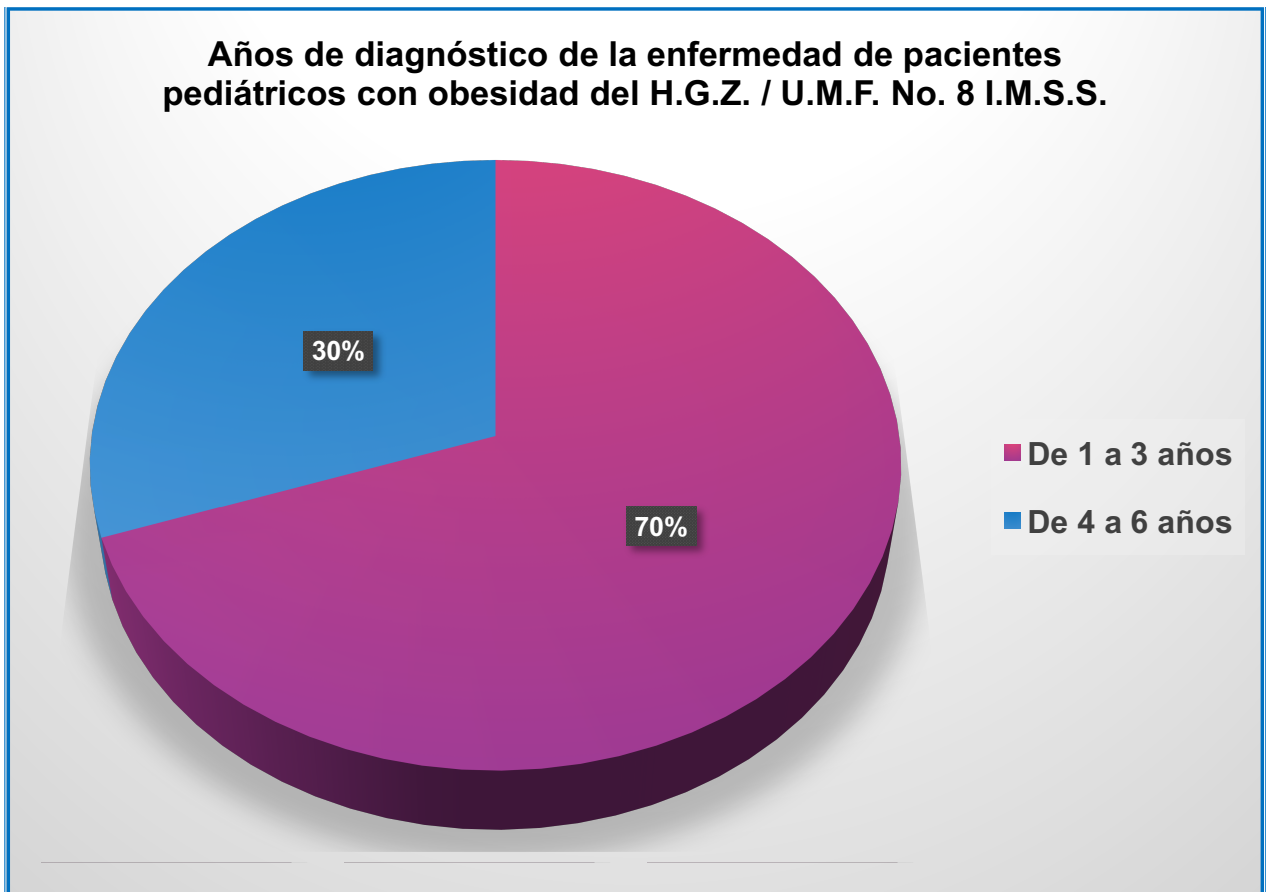
Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 7

<b>Años de diagnóstico de la enfermedad de pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Años de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
De 1 a 3 años	159	69.7
De 4 a 6 años	69	30.3
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 7



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 8

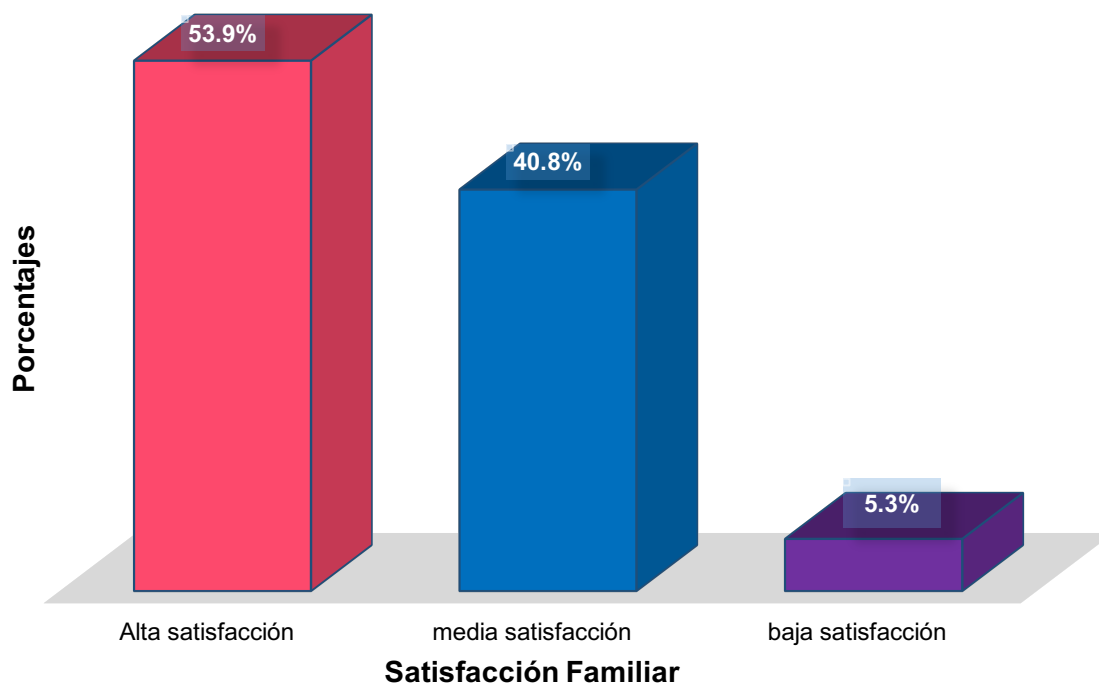
<b>Satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Apgar familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alta satisfacción	123	53.9
media satisfacción	93	40.8
baja satisfacción	12	5.3
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 8



**Satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

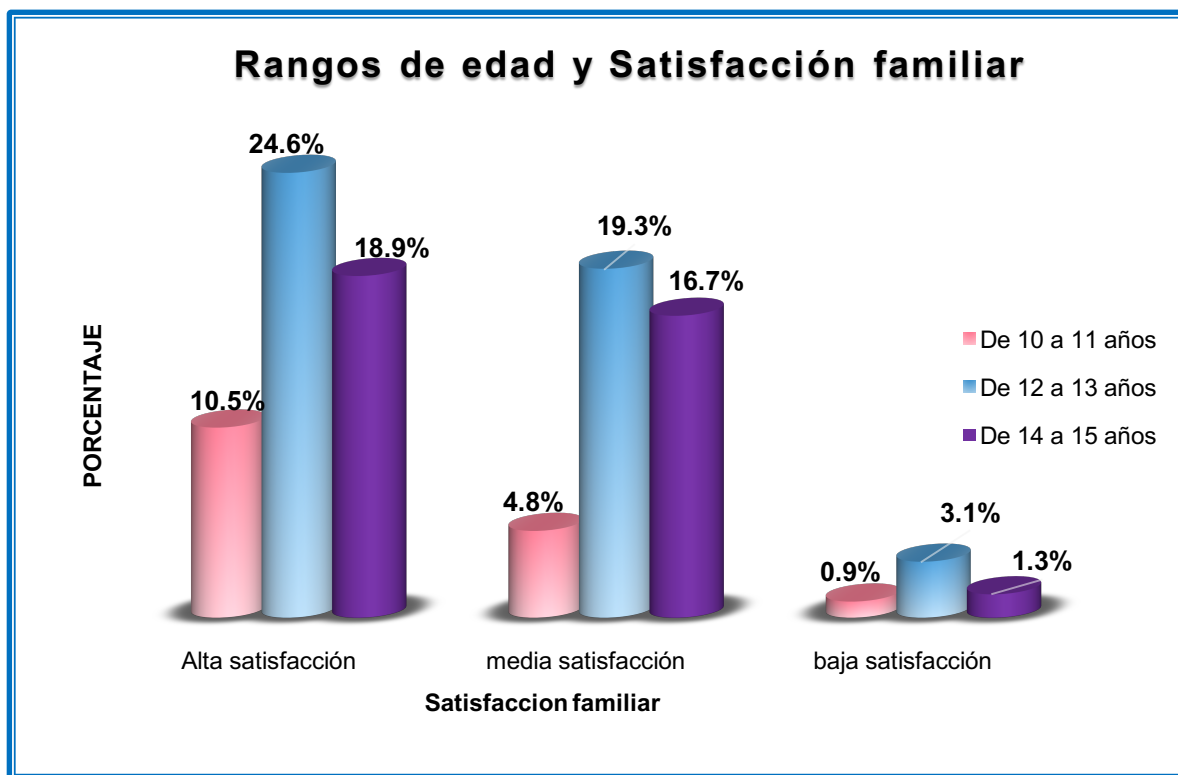
TABLA 9

**Rangos de edad y grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**

Rangos de Edad (años)	SATISFACCIÓN FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 10 a 11 años	24	10.5	11	4.8	2	0.9	37	16.2
De 12 a 13 años	56	24.6	44	19.3	7	3.1	107	46.9
De 14 a 15 años	43	18.9	38	16.7	3	1.3	84	36.9
<b>Total</b>	123	53.9	93	40.8	12	5.3	228	100

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 9



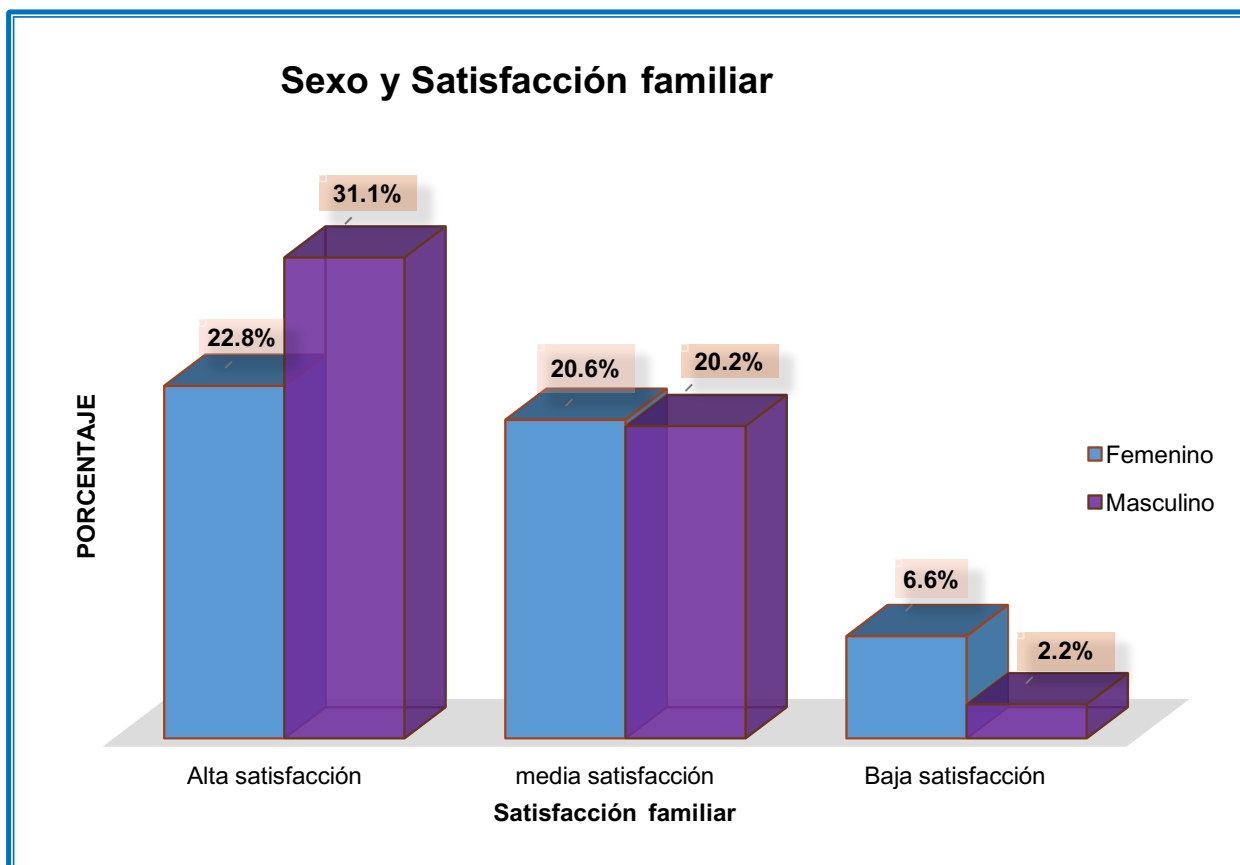
Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 10

Sexo y Satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	SATISFACCION FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
Sexo	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	52	22.8	47	20.6	7	6.6	106	46.5
Masculino	71	31.1	46	20.2	5	2.2	122	53.5
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>53.9</b>	<b>93</b>	<b>40.8</b>	<b>12</b>	<b>5.3</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 10



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

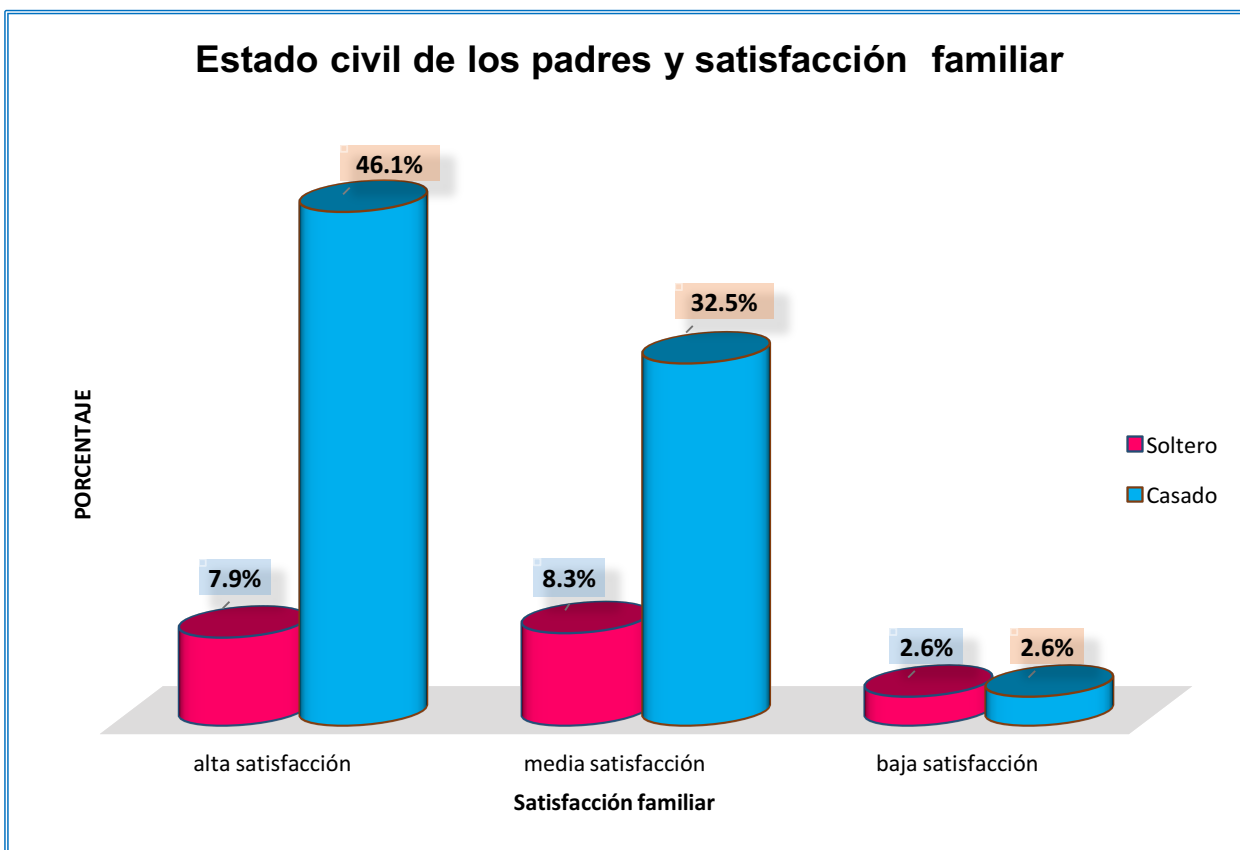
TABLA 11

**Estado civil de los padres y satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**

	SATISFACCIÓN FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
Estado civil	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Soltero</b>	18	7.9	19	8.3	6	2.6	43	18.9
<b>Casado</b>	105	46.1	74	32.5	6	2.6	185	81.1
<b>Total</b>	123	53.9	93	40.8	12	5.3	228	100

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 11



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

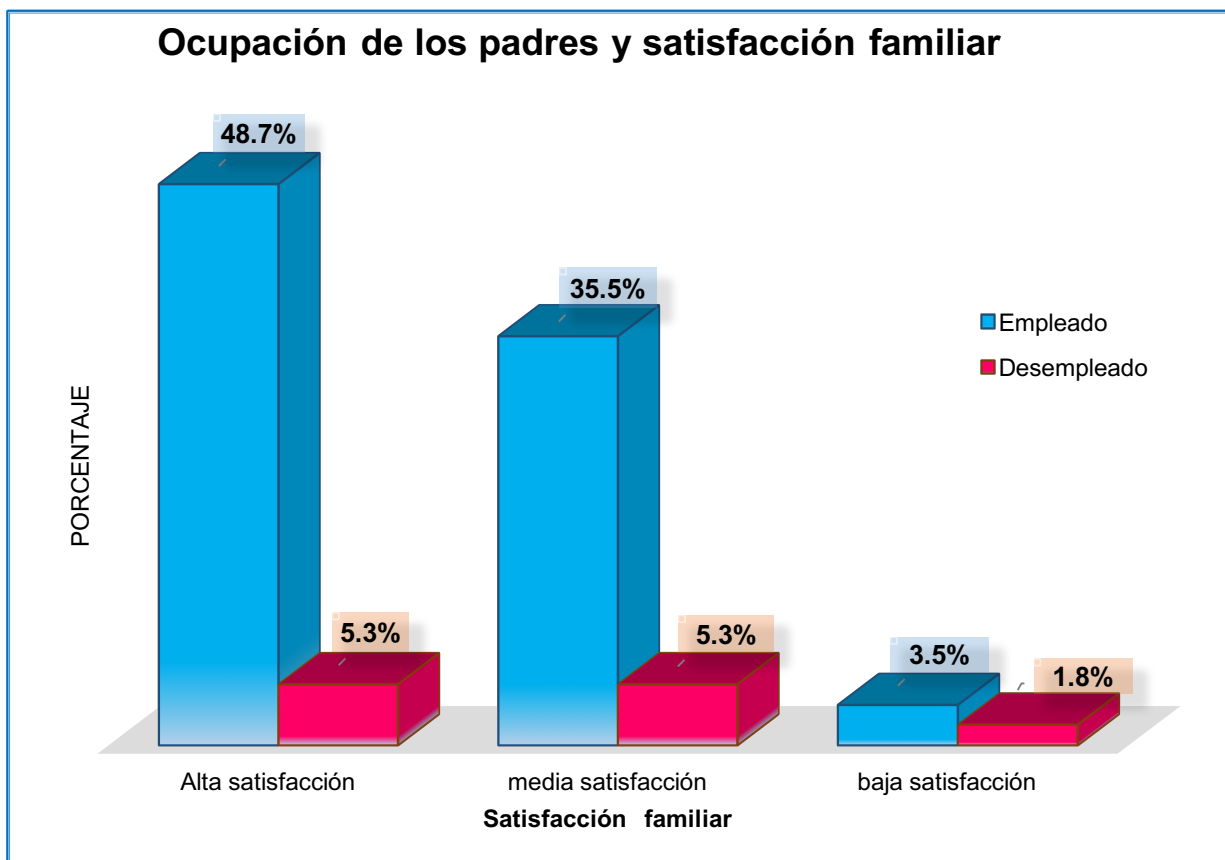
TABLA 12

**Ocupación de los padres y Satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**

	SATISFACCIÓN FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
Ocupación	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	111	48.7	81	35.5	8	3.5	200	87.7
Desempleado	12	5.3	12	5.3	4	1.8	28	12.3
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>53.9</b>	<b>93</b>	<b>40.8</b>	<b>12</b>	<b>5.3</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 12



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.



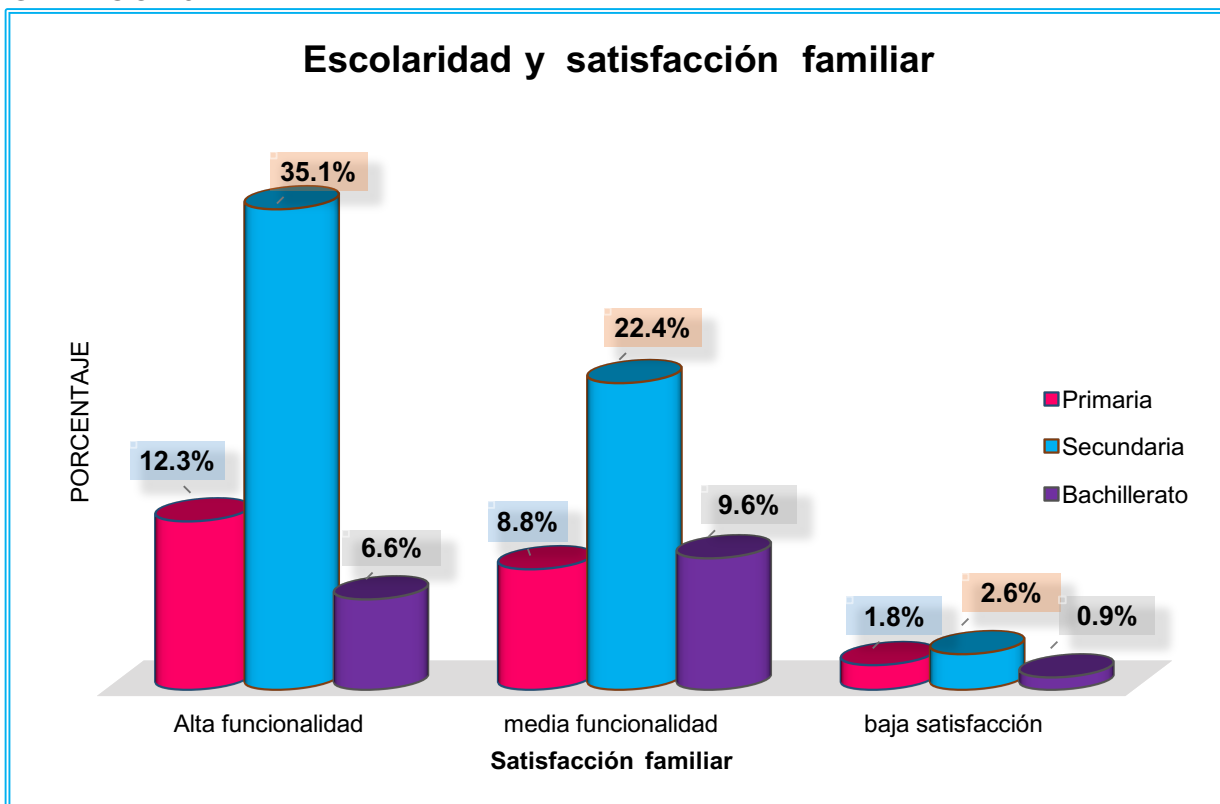
TABLA 13

**Escolaridad de los padres y satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**

Escolaridad	SATISFACCIÓN FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Primaria	28	12.3	20	8.8	4	1.8	52	22.8
Secundaria	80	35.1	51	22.4	6	2.6	137	60.1
Bachillerato	15	6.6	22	9.6	2	0.9	39	17.1
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>53.9</b>	<b>93</b>	<b>40.8</b>	<b>12</b>	<b>5.3</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 13



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

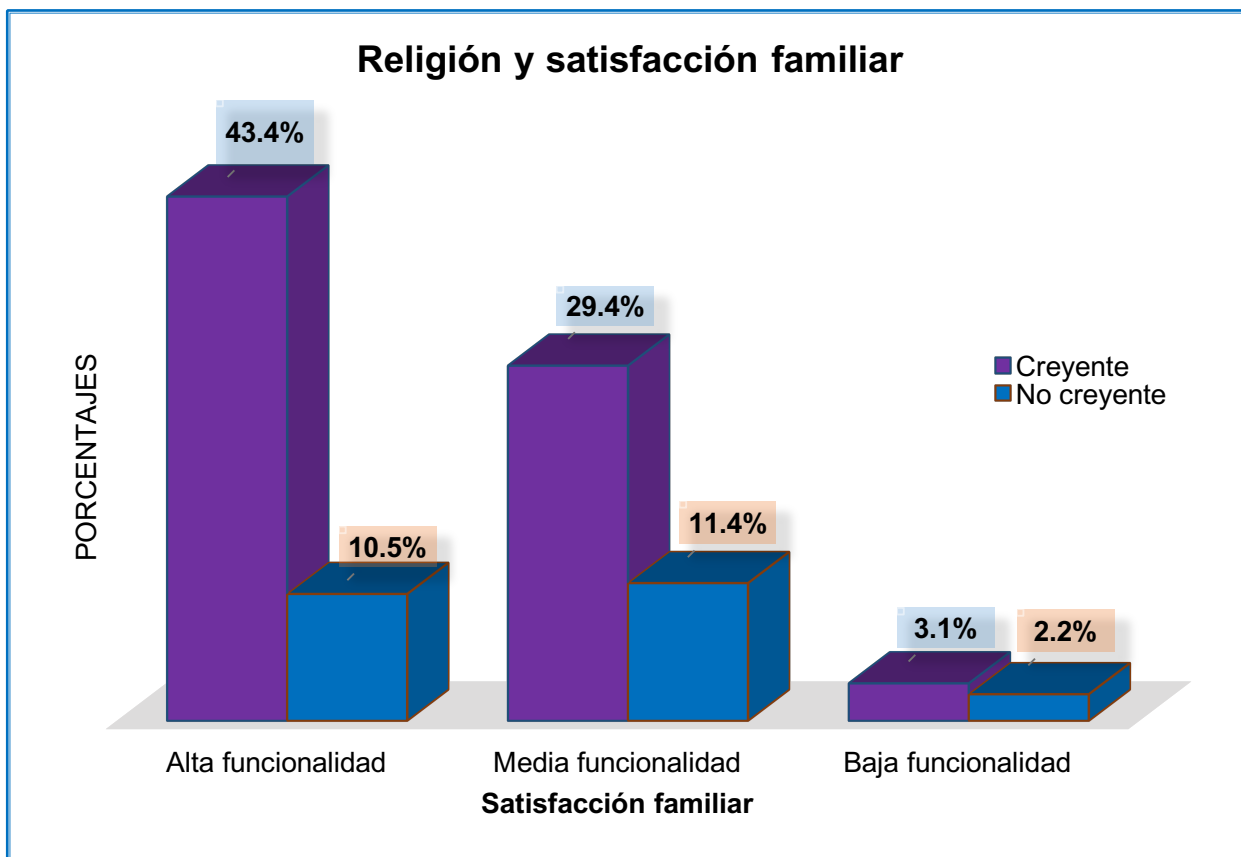
TABLA 14

**Religión y Satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**

	SATISFACCIÓN FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
Religión	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Creyente</b>	99	43.4	67	29.4	7	3.1	173	75.9
<b>No creyente</b>	24	10.5	26	11.4	5	2.2	55	24.1
<b>Total</b>	123	53.9	93	40.8	12	5.3	228	100

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 14



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

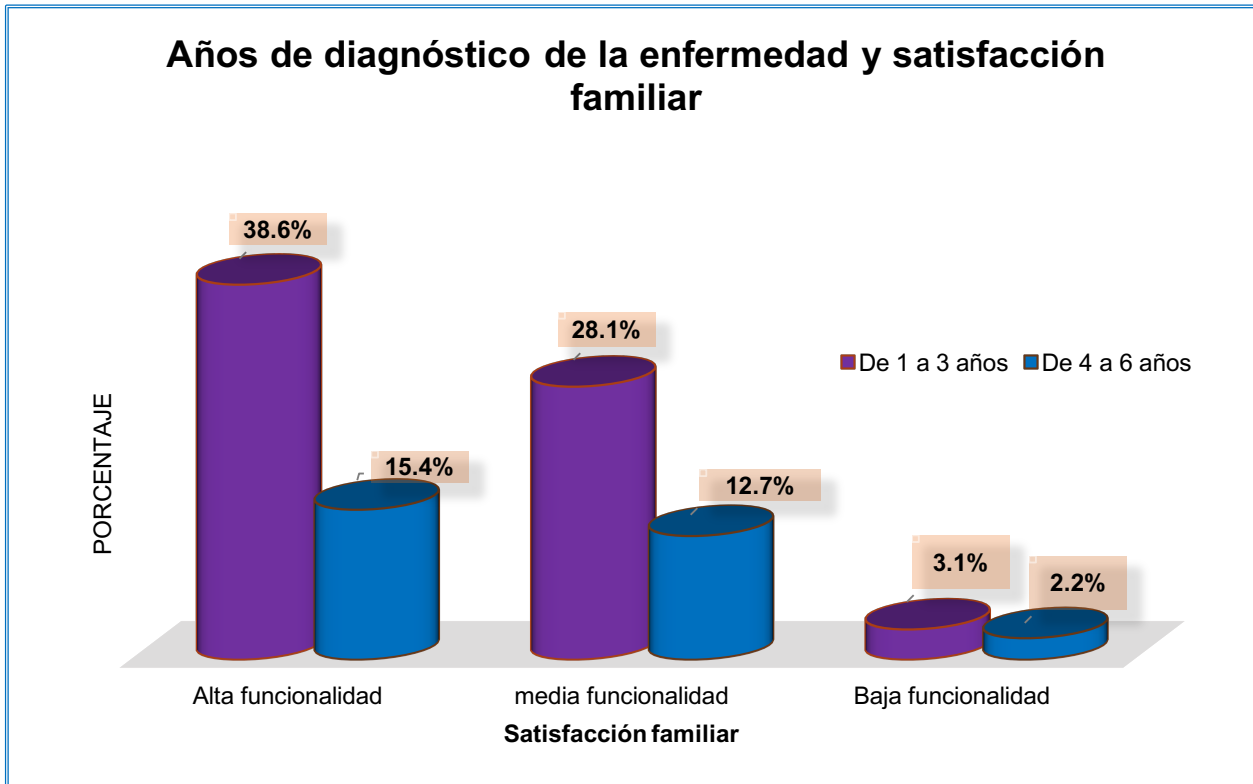
TABLA 15

**Años de diagnóstico de la enfermedad y Satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.**

Años de diagnóstico	SATISFACCIÓN FAMILIAR							
	Alta satisfacción		Media satisfacción		Baja satisfacción		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 1 a 3 años	88	38.6	64	28.1	7	3.1	159	69.7
De 4 a 6 años	35	15.4	29	12.7	5	2.2	69	30.3
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>53.9</b>	<b>93</b>	<b>40.8</b>	<b>12</b>	<b>5.3</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 15



Fuente: n=228 Badillo-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Determinación del grado de satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

## DISCUSIÓN

Dentro del estudio realizado por López R. Y cols., “Estado Nutricional, Sedentarismo y Características Familiares en Escolarizados de Seis a Diez Años de Edad” en Cartagena, Colombia (2014), se menciona en mas de la mitad de su muestra estudiada los niños presentaron una alta satisfacción familiar. En nuestro estudio en mas de la mitad de la muestra alta satisfacción, encontrándose similitud entre ambos estudios. Esta correlación puede ser debida al tipo de población ya que en Colombia, México y toda Latinoamérica tipo de alimentación, costumbres y creencias son parecidas, sugiriendo que estos sean los motivos por los que se muestren dichas equivalencias.

En la investigación de Flores J. Y cols., “Estructura y Funcionalidad Familiar en el Desarrollo de Sobrepeso y Obesidad en Escolares Zacatecanos” en Zacatecas, México (2013), menciona en cuanto a la distribución del estado civil de los padres mostró que más del 80% estaban casados. En nuestro estudio se obtuvo un 81.1% casados, lo cual reporta una concordancia en el estado civil de los padres, dicha característica puede ser debido a las costumbres que se presentan en los estados de la República Mexicana en los cuales un hogar con conformación estructural nuclear donde exista la armonía, hay una comunicación eficiente o que se apegue al cumplimiento de los roles asignados, no presentará dificultades que se verán reflejadas en el nivel de satisfacción familiar y por lo cual no afectarán de manera severa a los niños, pues son el grupo más vulnerable dentro del sistema familiar, porque no poseen la experiencia ni los recursos para hacer frente a sus problemas, lo cual los hace totalmente dependientes de sus padres para solventar las dificultades que se les lleguen a presentar en su vida, como lo es el padecer sobrepeso y obesidad.

En el artículo de Colunga C. Y cols., “Children and Parents Perceptions of Family Functioning Relating to Childhood Obesity” en Guadalajara, México (2016) reportó en cuanto a la ocupación de los padres un 84% empleados. En nuestro estudio se obtuvo un 87.7% con actividad laboral, lo cual hace ver una similitud en ambos estudios, esta correlación puede ser derivarse a que en las familias mexicanas hay uno de los padres encargados de proveer el sustento económico, aunque es muy común encontrar niños que pasan todo el día sin el cuidado y protección de un adulto ya que actualmente debido a la intención de mejorar el status económico ambos padres tengan actividad laboral y esto trae mayores consecuencias en la vigilancia de la alimentación de los mismos.

De acuerdo al sexo en el estudio realizado por González J. Y cols., “La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos” en Zapopan, Jalisco (2012), se reportó del total de su muestra estudiada obtuvieron 43.6% fueron del sexo femenino y 56.4% del masculino. En nuestro estudio 46.5% pertenecientes al sexo femenino y 53.5% al sexo masculino, encontrándose similitud en ambos estudios. Esta relación puede ser debida a que en México el porcentaje demográfico de hombres y mujeres es el mismo, se sugiere que estos sean motivos por los cuales se muestran estas igualdades. La homogeneidad de la población estudiada se comprueba porque la frecuencia del sexo y la distribución de la población por grupo de edad en los niños obesos fueron similares y se sustenta con los datos obtenidos en la encuesta de ENSANUT 2012.

En cuanto al grado de escolaridad de los padres en el estudio realizado por Taborda P y cols., “Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquia” en Colombia (2011), se reporto que el grado de escolaridad fue de medio a bajo, en los hogares el jefe de hogar había estudiado 46,7 % primaria. En nuestro estudio la escolaridad predominante fue secundaria con un 60.1%. Esta diferencia en los podría deberse a que en nuestro país se da prioridad a la educación, no sólo con la finalidad de mejorar los ingresos, sino para fomentar la educación como un factor protector para la salud. Sin embargo, en nuestro estudio podemos observar que los pacientes con escolaridad media y superior son los que muestran una mejor función familiar, de esta forma podemos puntualizar la importancia que tiene el fomentar en México un avance escolar y así tener en nuestra población mejores herramientas académicas que permitan hacerle frente a su enfermedad.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo conocimiento sobre la satisfacción en pacientes pediátricos con obesidad mediante la aplicación del cuestionario Apgar Familiar, identificando que la mayoría de los pacientes pediátricos con obesidad que acuden al H.G.Z. / U.M.F. No. 8 tienen una alta satisfacción familiar. Es relevante mencionar que en la literatura tanto nacional como internacional se encuentra poca información acerca de la satisfacción familiar en pacientes con obesidad y de la utilidad del cuestionario Apgar Familiar que a pesar de ser confiable y estar validado no ha sido muy utilizado y por ello nuestra investigación aportó información trascendental sobre el tema.

Otro de los alcances obtenidos en este estudio fue el hecho acerca de la importancia del diagnóstico temprano de la obesidad infantil en nuestra población. La obesidad en niños y su diagnóstico oportuno nos permite pautas de tratamiento eficaces para así evitar en el transcurso de los años las complicaciones relacionadas con dicha enfermedad y también seguir teniendo información si la forma como ve el paciente su entorno familiar influye o no en que aparezca o agrave la enfermedad. Siendo esto un hecho importante para llevar a cabo un screening oportuno de la satisfacción familiar en los pacientes pediátricos obesos que acuden a la consulta externa de primer y segundo nivel de atención, todo esto mediante la realización del cuestionario Apgar familiar.

Entre los alcances observados en el cuestionario Apgar Familiar, se pudo realizar el abordaje de las diferentes dimensiones de la satisfacción familiar (adaptación, asociación, desarrollo o crecimiento, afecto y resolución), la importancia de el hecho de medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de la familia en relación con sus demás familiares, el si tiene un factor protector el que sea una familia nuclear, el grado de estudios de los padres entre otras variables. Todo esto nos da hincapié a que se realicen más estudios específicos del área psicológica en este tipo de pacientes logrando así obtener mejoras en su tratamiento, no sólo farmacológico sino de forma biopsicosocial y holística.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio, observamos que durante la selección de los pacientes de la investigación, se incluyeron a los pacientes pediátricos que fueron atendidos en el H.G.Z./U.M.F. No 8, predominando en más de la mitad los pacientes del turno vespertino, imposibilitando el generalizar los resultados obtenidos y haciéndolos válidos únicamente al ser aplicados en nuestra población. De esta forma se plantea que en futuras investigaciones se incluyan a pacientes de ambos turnos y de otras unidades con el fin de hacer un estudio comparativo y sugiriendo así la realización de un estudio multicéntrico.

Otra limitación es que el cuestionario Apgar Familiar tiene muy pocos ítems con los cuales podemos realizar un estudio a fondo acerca de la satisfacción familiar y la funcionalidad familiar para lo cual fue creado en sus inicios, sin embargo esto abre la pauta a realizar otras pruebas en conjunto con la finalidad de obtener más información proporcionada por los pacientes y así lograr un mejor diagnóstico integral.

Una limitación más, es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno.

Otro posible sesgo es que el familiar responsable del niño obeso no tenía conocimiento de manera precisa de los años que el paciente llevaba con la enfermedad, y por eso la importancia del mismo para poder trabajar a nivel interinstitucional las estrategias para combatir el sobrepeso y la obesidad que no han tenido el éxito esperado, las cuales deben ser rediseñadas de una manera más particular para que puedan ser llevadas a cabo por las familias de acuerdo a sus necesidades. Se necesita concientizar a los padres que de ellos depende el estado nutricional y la salud de los niños, pues son un grupo vulnerable que debe ser tomado como prioridad porque está en riesgo el proceso de su desarrollo físico y mental.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite detectar la importancia de la satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad, de tal forma que se puedan llevar a cabo intervenciones oportunas, directas y especializadas con el fin de educar y promover en el paciente y su familia un autocuidado y mejor conocimiento de su enfermedad. Es así como el cuestionario Apgar familiar tiene una gran relevancia en la detección de la satisfacción familiar, ya que es de fácil y rápida aplicación en la consulta de primer nivel. Al conocer la satisfacción familiar que el paciente percibe con los miembros de su familia se puede promover cambios en el estilo de vida como son la alimentación y factores sociales que repercutan en el paciente. Se debe actuar de manera conjunta con las diferentes redes de apoyo y de esta forma llevar a cabo un fortalecimiento de las mismas. Todo esto nos lleva a la tarea de implementar programas de apoyo y educación sobre la obesidad en los niños en cada uno de nuestros pacientes durante la consulta externa de medicina familiar, explicarles el manejo, control y complicaciones de su enfermedad.

En el aspecto educativo nuestro estudio aporta mayor conocimiento acerca de la satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad y el impacto de la misma en su vida y la historia natural de su enfermedad. Debemos modificar en la medida posible la educación del paciente en cuanto a su salud, llevándolo a un adecuado empoderamiento sobre su enfermedad, tanto al paciente como al médico. Debemos generar estructuras didácticas que permitan a la familia y a las redes de apoyo ser partícipes en este proyecto, tomando en consideración el padecer del paciente.

En el área de investigación se espera que el presente estudio sea un parteaguas para la realización de futuros estudios en diferentes centros de salud y niveles de atención, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados en este proyecto. De igual forma se abre una brecha para hacer hincapié en el estudio por dimensiones de la satisfacción familiar. De igual forma muestra la gran utilidad del cuestionario Apgar Familiar, validado en población de habla hispana, como prueba de tamizaje y detección oportuna de alteraciones en la satisfacción familiar del paciente. Al existir poca información en la literatura mundial y nacional de este cuestionario, ya que aun se le sigue utilizando para medir funcionalidad familiar cuando sabemos que es un test que nos proporciona datos de cómo el paciente se siente con respecto a su familia, nuestro estudio aporta información útil de la aplicación y resultados del cuestionario, promoviendo su aplicación y comparación en estudios posteriores.

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad para que recursos económicos sean utilizados en el área de prevención y detección oportuna, creando más programas de apoyo para la salud infantil, tanto a nivel psicológico y dietético, la importancia que desde el vientre materno, la alimentación de la madre puede traer beneficios en el estado nutricional del niño y si se detectó de forma oportuna la enfermedad se les otorgue un tratamiento preciso a los pacientes pediátricos con obesidad con la finalidad de mejorar su estado de salud, reflejándose en menos gastos hacia el servicio de urgencias y hospitalización, controlando de forma adecuado a los pacientes en primer nivel mediante revisiones oportunas y ocasionando así menos gastos administrativos. Recordando que el sobrepeso y la obesidad infantil son un problema de salud pública que para combatirlo deben tomar los padres el papel principal, apoyados por las instituciones del sector salud y educativo, comprometidas a proporcionarles la ayuda adecuada según sean las necesidades de cada hogar, a través de estrategias basadas en las características de los grupos poblacionales. Este es uno de los caminos para detener el constante incremento de los costos de atención en salud y el número de muertes cuyo sustrato reside en la obesidad. Los resultados de estos proyectos tendrán resultados a largo plazo, por lo que es preciso empezar a trabajar cuanto antes para bajar la prevalencia de obesidad no sólo en los niños sino también en los adultos, lo que reflejará en una mayor cantidad y calidad de vida en la población mexicana.

El manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes es importante y el saber derivar a tiempo desde un primer nivel de atención es una pieza clave. Derivar de forma oportuna a los servicios de nutrición, tiene como finalidad establecer en el paciente un mejor control en todas las esferas de su vida, condicionado un mejor desempeño a nivel social y evitar las complicaciones que se relacionan con dicha patología.



Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje del paciente pediátrico con obesidad en la consulta externa de medicina familiar y nutrición, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes al actuar de forma temprana, integral y multidisciplinaria y contrarrestar el curso natural de su enfermedad, evitando así las complicaciones sistémicas a corto, mediano y largo plazo.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió con el objetivo de estudiar la satisfacción familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, encontrando que de acuerdo al cuestionario Apgar Familiar existe una alta satisfacción familiar en dichos pacientes en más de la mitad de la población estudiada, aportando evidencia de que la satisfacción familiar tiene gran impacto en el curso de la enfermedad. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que existe alta satisfacción familiar en los pacientes pediátricos con obesidad que acuden al del H.G.Z. / U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Se tuvieron dificultades en el sentido que sería conveniente alojar a los pacientes en un mismo lugar para resolver la encuesta y siendo éstos no citados a consulta externa, ya que el esperar a su consulta y tras pasar por trámites burocráticos altera el estado de ánimo en los pacientes, pudiendo esto modificar su puntuación en el cuestionario.

Como se ha comentado en el presente estudio la satisfacción familiar en nuestros pacientes es alta, de vital importancia que el estar en una familia nuclear y con cierto grado de estudio de los padres no cambie la percepción del paciente y este satisfecho con la relación que lleva con cada uno de los integrantes de su familia.

Actualmente la obesidad es una de las primeras causas de consulta externa del servicio de medicina familiar y por ende, es de los padecimientos más frecuentes en primer nivel de atención. Debemos detectar a tiempo aquellos pacientes con obesidad y sobretodo en sus etapas más iniciales para que de esta forma se haga una buena prevención de las alteraciones que puedan ocasionar y sean modificables de forma temprana.

En nuestra investigación se observó alta satisfacción familiar en los pacientes del sexo masculino, destacando el ámbito social, que sus padres estén casados, empleados y con escolaridad media superior, sin embargo pudimos observar que más de las tres cuartas partes de los pacientes muestran afinidad por alguna religión. Todo esto nos permite ver que el grado de escolaridad de los padres y la percepción religiosa que cada individuo presenta son factores protectores que varían en cada paciente.

No dejamos de puntualizar la participación conjunta con todas las disciplinas involucradas en el trato de pacientes con enfermedades crónicas haciendo referencias oportunas a segundo nivel de atención. Evitar desde la etapa de reciente diagnóstico sus complicaciones de no recibir tratamiento y la importancia de la de nutrición, valorar la presencia de antecedentes familiares de obesidad lo que propicia una educación familiar en cuanto a su alimentación.

Debemos fortalecer en cada consulta nuestra relación médico paciente, todo esto con la finalidad de mejorar nuestra calidad de atención, lo cual nos lleva a una mejor confianza del paciente hacia el médico y por ende un conocimiento integral de sus afecciones, no sólo biológicas sino espirituales, demostrando una mayor empatía con el paciente.

Consideramos que nuestra investigación es trascendente debido al gran aumento de pacientes pediátricos con obesidad en la consulta externa de medicina familiar. Es deber del médico especialista de primer nivel de atención el prevenir, tratar y referir de manera temprana a los pacientes a un segundo nivel de atención. Sin embargo, como especialistas en primer nivel de atención debemos ver al paciente de forma integral, logrando apreciar que hasta el más mínimo cambio en cada uno de los integrantes de la familia ocasionará una crisis, ante la cual debemos de estar preparados y tener el cuerpo necesario de conocimientos para ocasionar el menor caos dentro de la familia. Recordar que en cada uno de nuestros pacientes tenemos un libro de conocimientos y enseñanzas que cada uno nos deja, sean estas buenas o malas, siempre serán enriquecedoras para el médico y en su actuar día con día. Como especialistas en el trato integral del paciente con su familia y su entorno, no solo de un órgano o sistema, tenemos que aprender que hasta la más mínima intervención genera un gran cambio en toda la familia y la sociedad y que ese es el maravilloso objetivo de nuestra especialidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Saldaña A. Campañas de prevención de la obesidad infantil: una revisión. *Rev Esp Comun Salud*. 2011;2(2): 78-86.
2. Díaz A, La Obesidad en México. *Rev Salud Pública* 2011;23(3):61-64.
3. Rodríguez G, Gallegos S. Uso del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes. *Rev Esp Obes* 2011;4(5): 284-288.
4. Kaufer M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012;65(4):502-518.
5. García E. ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2012;12(4): 587-590
6. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shaman\_Levy T, Vilalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto de Salud Pública; 2012.
7. Dalmau SJ, Franch MA, Gómez LL, Martínez CC, Sierra SC. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. 2011;10(2):5-15.
8. Fausto J, Valdez R, Aldrete M. Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en Salud* 2012;8(2): 91-94
9. Mirza NM, Davis D, Yanovski J. Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *J. Adolesc. Health* 2012;4(10):23-35
10. Sobrino L. Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Av. Psicol*. 2011;16(1): 109-137
11. Consenso de Medicina Familiar. II. Conceptos básicos para el estudio de familiar. *Arch Med Fam*. 2010;7(1):15-19.
12. Mendoza-Solís LA, Soler-huerta E, Sainz-Velázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *ArchMed Fam*. 2010; 8(1):27-32.
13. Munro S. Evaluación de la autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar, zona no.1. *RevMed IMSS*. 2016;5(2): 97-120.
14. Quitl M. Funcionamiento familiar y diferenciación familiar: relación en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa* 2012; 39(3):40-43
15. Valdez B. Funcionalidad Familiar y su relación con el desarrollo socio-afectivo de los niños de nivel primaria de la Ciudad de Loja. *Rev Redalyc* 2011;13(2):36-56
16. Álvarez A, Ayala A. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hio con parálisis cerebral infantil. *Rev. Mex. De Med. Fis y Rehab*. 2015;17(6):71-76.

17. Gómez R, Rábago R. Tratamiento del niño obeso. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012;65: 528-546
18. Londoño M. Tratamiento farmacológico contra la obesidad. *Rev. Colomb. Cienc Quím Farm.* 2012;41(2):217-261
19. Gómez F, Ponce E. Una nueva Propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Aten Fam.* 2010;17(4):102-106
20. Savage J, Jennifer Orlet Fisher, Birch L. Parental Influence on Eating Behavior. *J LawMedEthics.* 2012; 35(1): 22–34.
21. Méndez J, Vázquez V. Los Trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2011;65: 579-592
22. García E, Llata-Romero M, Calzada R, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Rev Salud Pública Méx.* 2012;50(6):530-547
23. Arroyo P. La alimentación en la evolución del hombre: surelación con el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. *Bol. Med. Hosp Infant. Mex.* 2011;65(6):431-440
24. Cruz M, Tuñón E. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad.* 2013;57(2):165-202
25. Klinder M, Cruz M. Padres con sobrepeso y obesidad y el riesgo de que sus hijos desarrollen obesidad y aumento en los valores de la presión arterial. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011;68(6):438-446
26. Savino P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Rev Colomb Cir.* 2011;26: 180-195
27. Cruza C, Ramírez P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhé* 2008;17(1): 81-90
28. Rivera M. Evaluación de las relaciones intrafamiliares. *Revista de Psicología.* 2010;14: 12-29
29. González J, Vázquez E. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 50(2): 127-134
30. Villaroel G, Sánchez X. The relationship between family and school: a comparative study in rural areas. *Estudios Pedagógicos.* 2012;28:123-141
31. Macías A, Gordillo Lucero. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr* 2012;39(3): 40-43
32. González E, Aguilar M, García CJ, García P, Álvarez J, Padilla CA, Ocete E. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *NutrHosp.* 2012;27(1):177-184

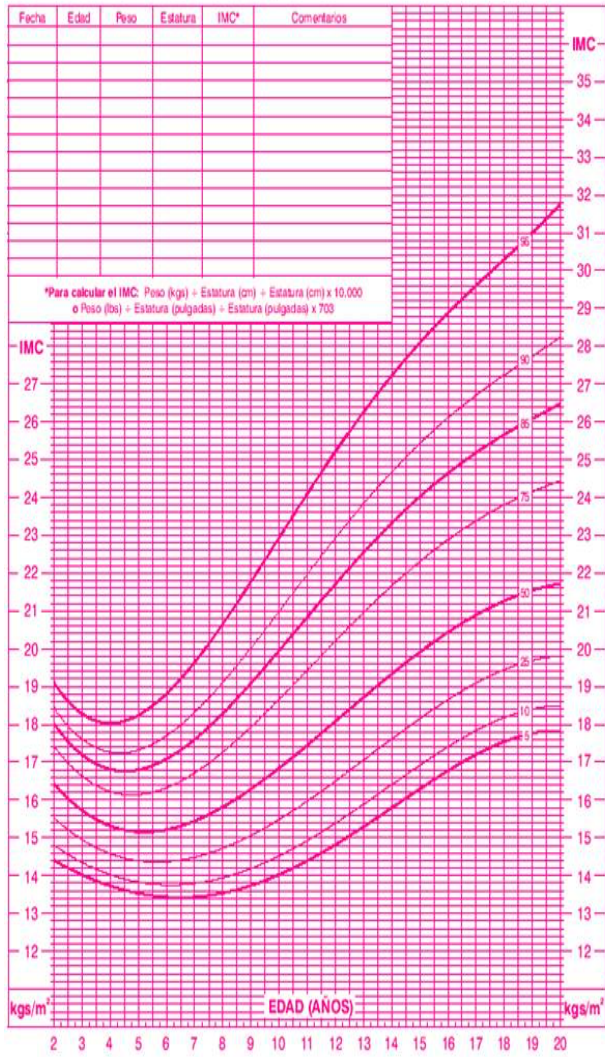
# **A N E X O S**

# ANEXO 1

2 a 20 años: Niñas  
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre \_\_\_\_\_

# de Archivo \_\_\_\_\_



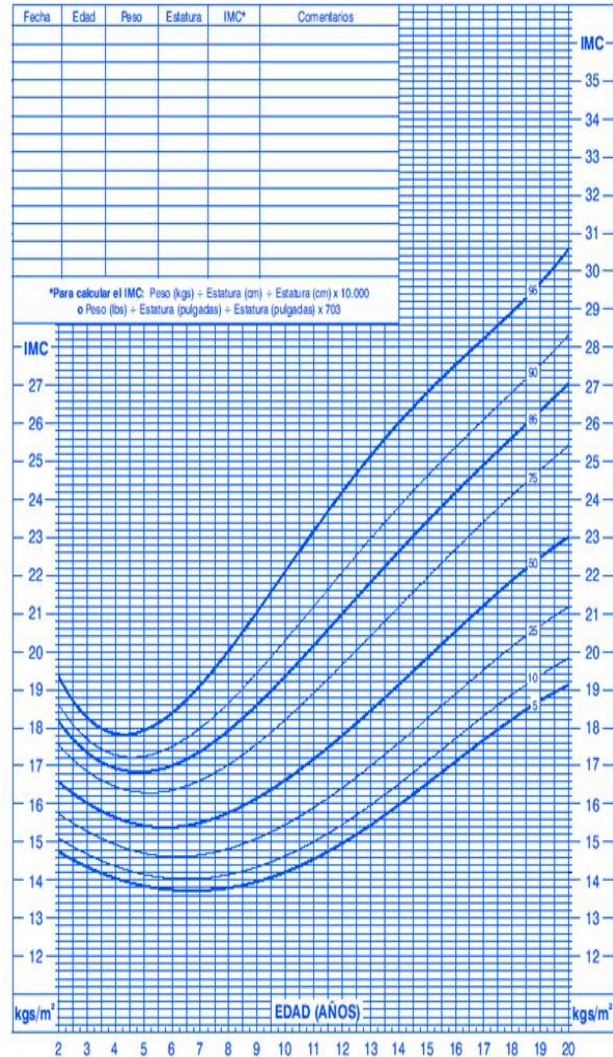
Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre de 2009).  
FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el  
Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.cdc.gov/growfcharts>



2 a 20 años: Niños  
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre \_\_\_\_\_

# de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre de 2009).  
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/growfcharts>



Fuente: González R, Castañeda O. Intervención familiar para el manejo de sobrepeso y obesidad en escolares. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(Supl 1):S74-S77

## ANEXO 2



### HOJA DE RECOLECCIÓN PARA LA PARTICIPACION EN EL PROYECTO TITULADO:

#### “DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Nombre: \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

Edad _____Años	Sexo 1. Femenino __ 2. Masculino__	Ocupación (padre) 1. Empleado __ 2. Desempleado
Religión 1. Creyente__ 2. No creyente__	Estado civil 1. Soltero __ 2. Casado __ 3. Otro _____	Escolaridad 1. Analfabeta __ 2. Primaria __ 3. secundaria __ 4. Bachillerato _____
Años de portar la enfermedad _____		

Instrucciones: marque con una equis (X) la manera en que usted percibe a su familia

#### *Escala de Apgar Familiar*

	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			

Total: \_\_\_\_\_

Al finalizar la encuesta por favor verifique que ha contestado las 5 preguntas y entregue la hoja al investigador.





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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(NIÑOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F. a Septiembre 2016
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Se ha definido a la obesidad como una enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, ya que diversos estudios evidencian que el sobrepeso y la obesidad se asocian con riesgos de desarrollar enfermedades del corazón, arterioesclerosis y diabetes mellitus, incluso a edades más tempranas de las que nos imaginamos. La obesidad es un problema de salud pública que afecta a millones personas a nivel mundial y que engloba a todas las edades, se presenta con mayor frecuencia en la niñez-adolescencia, etapas de riesgo donde ocurren cambios a nivel físico y psicológico. El objetivo del estudio es determinar la funcionalidad familiar en pacientes pediátricos con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que acuden a la consulta externa del servicio de medicina familiar, mediante la aplicación del cuestionario de Apgar Familiar.
Procedimientos:	Se aplicara el <b>cuestionario APGAR FAMILIAR</b>
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<b>Conocer el grado de satisfacción familiar.</b>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los <b>datos relacionados</b> con mi <b>privacidad</b> serán manejados de <b>forma confidencial</b> .
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> 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:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Titular MF del HGZ/UMF No.8 Matricula 99377278 Cel. 5520671563 Fax: No Fax Correo: <a href="mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx">eduardo.vilchisch@imss.gob.mx</a> Matricula 99377278
Colaboradores:	Dr. Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS HGZ/UMF#8 Matricula 99374232 Cel. 5535143649 Fax: No fax Correo: <a href="mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx">gilberto.espinozaa@imss.gob.mx</a> , Matricula 99374232 Dra. Ana GloriaToro Fontanell asesor clínico. Médico familiar. Adscrito a la CE de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Matricula: 993779059 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax Correo: <a href="mailto:anafontanell@hotmail.com">anafontanell@hotmail.com</a> Dra. Amalia Badillo Chablé Médico Residente MF HGZ/UMF#8 Matricula: 98378282 Cel.: 5567912400 Fax: No fax Correo: <a href="mailto:peke_bella@hotmail.com">peke_bella@hotmail.com</a>
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

## ANEXO 4



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E  
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

#### TESIS

**“DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**2015-2016**

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
ANÁLISIS ESTADÍSTICO								X				
CONSIDERACIONES ÉTICAS									X			
VARIABLES										X		
BIBLIOGRAFÍA											X	
RESUMEN											X	
ACEPTACIÓN												X

Elaboró: Amalia Badillo Chablé Residente MF

## ANEXO 5

2016 - 2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCIÓN DE DATOS			X	X	X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

Elaboró: Amalia Badillo Chablé Residente MF