

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 76

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PERCEPCIÓN DE LA AGRESIÓN  
EN NIÑOS OBESOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA UMF No. 13”**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

DRA. SOLYENITZIN GALINDEZ ALBARRAN

ALUMNO DEL TERCER GRADO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE  
MEDICINA FAMILIAR

[drasolyenitzin@gmail.com](mailto:drasolyenitzin@gmail.com)

TELEFONO: 354-108 23 21

ASESOR DE TESIS:

Dr. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA

CORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD NO. 81

[eduardo.Ung@Imss.gob.mx](mailto:eduardo.Ung@Imss.gob.mx)

TELEFONO: 452-52 98 134

CO-ASESOR

Dr. JOSÉ MELQUIADES JERONIMO CAMACHO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD H.G.Z. 8

[jose.camachop@hotmail.com](mailto:jose.camachop@hotmail.com)

TELEFONO: 452-52 43 731

URUAPAN, MICH.

FEBRERO 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>4</b>
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>5</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACION .....</b>	<b>14</b>
<b>JUSTIFICACION .....</b>	<b>15</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>HIPOTESIS .....</b>	<b>16</b>
<b>MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>16</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCION .....</b>	<b>17</b>
<b>VARIABLES .....</b>	<b>17</b>
<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....</b>	<b>18</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>ASPECTOS ETICOS .....</b>	<b>27</b>
<b>ANALISIS ESTADISTICO .....</b>	<b>28</b>
<b>RECURSOS .....</b>	<b>29</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>33</b>

## RESUMEN

### “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PERCEPCIÓN DE LA AGRESIÓN EN NIÑOS OBESOS DE 6 A 12 AÑOS DE LA UMF No 13”

Galíndez AS \*, Ung ME\*\*, Camacho PJ\*\*\*, UMF No 13 Cotija de la Paz, UMF No 76 Uruapan\*\*, HGZ.8\*\*\* Uruapan, Michoacán.

**Introducción:** La obesidad infantil es una pandemia que ha ido aumentando en México, La encuesta Nacional de Salud y Nutrición, reporta que un 26% de obesidad se presenta en esta edad. El maltrato y la obesidad son problemas de salud pública, la obesidad en el niño es causa de agresión, como el “bullying” con varias consecuencias en su desarrollo psicosocial.

**Objetivos:** Determinar la repercusión de la funcionalidad familiar en la percepción de la agresión en los niños con obesidad de la UMF N° 13.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo en 164 escolares de 6 a 12 años con obesidad infantil de la UMF No. 13 Cotija de la Paz, Michoacán, en periodo del 01 de marzo del 2016 al 28 de febrero del 2017, aplicando los instrumentos: APGAR Familiar, que determina la dinámica familiar, el Auto-test Cisneros de acoso escolar, y la obesidad con los percentiles de la OMS.

**Análisis estadístico:** La asociación de las variables mediante  $\chi^2$ . El impacto entre variables independientes con análisis de regresión multivariable por pasos sucesivos. Se utilizó el SPSS ver. 23.0.

**Resultados** Se estudiaron a 164 niños de 6 a 12 años, con el fin de determinar la asociación entre funcionalidad familiar y la percepción de la agresión en niños obesos, se encontró que en la dimensión del estado nutricional el 23.1% de los varones y 14.6% de las mujeres tienen sobrepeso, se obtuvo que un 28.5% de los menores en los que existe disfunción de moderada a grave presentan este problema de salud. Se demostró que el 11.5% de los varones son agredidos en relación al 8.5% de las mujeres; y que la intensidad de la agresión se da más en los hombres. Las agresiones que se suscitaron fueron: ridiculización, intimidación, exclusión social, restricción de la comunicación.

#### **Conclusiones**

La funcionalidad familiar es factor que desencadena sobrepeso, las familias que generalmente tienden a ser disfuncionales juegan un rol importante en el curso y resultado del trastorno, así mismo se encontró que la percepción de agresión está relacionado con el sobrepeso, la conducta y las interacciones de las familias.

**Palabras clave:** familia, obesidad infantil, maltrato infantil, percepción de la agresión.

## INTRODUCCION

Alrededor del 25% de los niños y adolescentes en los países occidentales tienen sobrepeso. El sobrepeso infantil tiene varias consecuencias a corto plazo para el bienestar de los niños, ya que predice la aparición de síntomas depresivos, baja autoestima, estigmatización, e intimidación por los pares.<sup>(2)</sup>

La intimidación o bullying se caracteriza por una agresión repetida en la que una persona tiene la intención de dañar a otra y puede adoptar diversas formas, tales como golpes, insultos, chismes y exclusión social.

El bullying o maltrato infantil es un fenómeno generalizado con un impacto negativo en la salud mental de los niños, puede afectar el estilo de vida y conducir a conductas obesogénicas, como evitar las actividades sociales, deportes y darse atracones en respuesta al estrés.

Esto sugiere que los niños pueden quedar atrapados en un espiral descendente de sobrepeso, empeorando los problemas de peso a través de hábitos de vida poco saludables.<sup>(3)</sup>

La funcionalidad familiar es un factor determinante porque promueve el desarrollo integral de sus miembros, constituye una unidad que aporta mucho al desarrollo social, educativo, cultural y de integración en los niños. Las familias funcionales forman individuos social y emocionalmente estables, con rangos de conducta permitidos.

## MARCO TEORICO

### FAMILIA:

La palabra "familia" proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. Podemos definir a la familia como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, que interactúan para proteger la vida y la crianza, favorecer el desarrollo sano de cada uno de sus miembros, así como la transmisión de las costumbres y las tradiciones que conforman la cultura original de cada pueblo.

El papel de la familia es fundamental para el desarrollo y formación de los individuos, permite al individuo adaptarse a las condiciones históricas y sociales de su tiempo.

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción es tan antigua como la especie no es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo.

Desde un punto de vista amplio podemos decir que la familia está constituida por personas con necesidades específicas que desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores o por el contrario pueden representarles riesgos.

La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al -subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos)-, toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.<sup>(4)</sup>

Es importante recordar que la familia constituye el primer mecanismo de socialización del individuo, la conducta que adopte cada individuo es producto del entorno familiar en el que se desarrolló. 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 statu quo; (d) evitación de conflicto; (e) involucración de los hijos en los conflictos parentales (maritales) a través de triangulación.

Se ha estudiado la asociación entre funcionamiento familiar y la presencia de trastornos de la alimentación, en este caso hablamos de la obesidad, las familias que generalmente tienden a ser más disfuncionales significativamente tienden a generar sujetos con trastornos alimentarios los cuales 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.

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.<sup>(5)</sup>

El desarrollo infantil se lleva a cabo mediante procesos de interacción complejos entre un niño –activo- y su entorno, y dichos procesos dejan huella no sólo en su forma de pensar, sentir y actuar, sino que se materializan en su cuerpo. Una de las teorías que explica la obesidad infantil es la del psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner, quien a partir de La Ecología del Desarrollo Humano (1979), describe un modelo conceptual y empírico donde se puede analizar el contexto en el que se desenvuelven las personas desde la infancia y que por las múltiples influencias, organizadas y jerarquizadas en diversos niveles respecto al menor – microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema- determinan su desarrollo. Su modelo ecológico considera que los seres humanos no se desarrollan en soledad, sino en relación con sus respectivas familias en el hogar, en la escuela, en la comunidad y en la sociedad, y cada uno de estos ambientes cambiantes, genera interacciones entre sí y son la vía para el desarrollo de cada individuo.

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 (2002) 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”.

Es necesario hacer énfasis en que en México es cada vez más común observar familias no nucleares (extensas, compuestas, monoparentales, etcétera), donde seguramente se están generando problemas de disfunciones o causantes de estrés entre sus integrantes, que podrían incrementar la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la nutrición. El efecto de estas patologías crónicas, además de incrementar la morbilidad y mortalidad por estas causas, representa ya una carga económica excesiva para los sectores económicos de salud del país.

## **OBESIDAD:**

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones, condiciones de salud o enfermedades, e incluso con un incremento de la mortalidad. También podríamos definir la obesidad como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal producida por un desequilibrio calórico y energético entre calorías consumidas y gastadas (balance calórico positivo), debido a un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos y a un descenso de la actividad física (vida sedentaria); lo cual significa un grave riesgo para la salud. México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. 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.<sup>(6)</sup>

En el año 2002 la OMS desarrolló la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, aprobada en el año 2004 (57ª Asamblea Mundial de la salud) donde se declaró y etiquetó a la Obesidad como la “Epidemia del siglo XXI” a nivel mundial. Dicha lucha debe implicar a los profesionales sanitarios, a los servicios de Salud Pública, a los gobiernos, a la industria alimentaria, a los técnicos en urbanismos y a toda la población en general.

La obesidad infantil gran reto de la salud pública en el siglo XXI, según la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT), México ocupa el primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial, en los escolares de 6 a 12 años de edad la prevalencia ascendió en un 26%, lo cual representa 4.1 millón de escolares conviviendo con este problema, es la enfermedad nutricional más frecuente en los niños de los países industrializados. Para la población en edad escolar (de 6 a 12 años de edad) la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, 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 la cifra es de 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. En 1999, 26.9% de los escolares presentaron prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad (17.9 y 9.0%, respectivamente), sin embargo, para 2006 esta prevalencia aumentó a 34.8%. El análisis de tendencias indica que estas cifras no han aumentado en los últimos seis años y que la prevalencia se ha mantenido sin cambios de 2006 a 2012. En 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos 1.1% menos que en 2006.<sup>(7)</sup> La valoración de la obesidad en niños es más difícil que en adultos, debido a los cambios que se producen durante el crecimiento en el ritmo de acumulo de grasa y de las relaciones peso/talla del niño.

La infancia es un periodo crucial para promover el desarrollo de estilos de vida saludables desde los 6 años hasta los 12 años, esta edad escolar es un periodo marcado por el aprendizaje de la vida social: disciplina escolar, horarios estrictos, esfuerzo intelectual, iniciación al deporte, una vida más activa. También es el inicio de la autonomía alimentaria (comedor escolar) favorable para adquirir malos hábitos dietéticos, seguido de la inactividad física son la principal causa que acaban desembocando en una prevalencia de obesidad de un 70% en la edad adulta.

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, la incapacidad de poner límites a los hábitos alimentarios de los niños y las niñas podría estar relacionada con el uso de la comida como una herramienta para premiarles o castigarles, 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%.<sup>(8)</sup>

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. A largo plazo, la obesidad favorece la aparición de enfermedades tales como diabetes, infartos, altos niveles de colesterol o insuficiencia renal, entre otros. La experiencia demuestra que una correcta alimentación previene los problemas de sobrepeso y obesidad.

## **MALTRATO INFANTIL (BUYLLING):**

La Norma Oficial Mexicana, NOM- 190 -SSA1-1999. “CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VIOLENCIA”, la clasifica como:

**Violencia familiar:** acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física–, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o el abandono.

**Maltrato físico:** acto de agresión que causa daño físico.

**Maltrato psicológico:** acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

**Maltrato sexual:** acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto a las cuales se tiene incapacidad para consentir.

**Abandono:** acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual al niño (a) por parte de sus padres, representantes legales, o de cualquier otra persona que lo (a) tenga a su cargo.<sup>(9)</sup>

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años de edad que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

El DIF lo define como aquellas agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad.<sup>(10)</sup>

Para la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, del Instituto Nacional, de Pediatría y de la Universidad Nacional Autónoma de México, (CAINM-INP-UNAM) es toda agresión u omisión intencional o no, dentro o fuera del hogar contra un menor(es), antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitualmente u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual.

La violencia, señala la Organización Mundial de la Salud, no es sólo un problema creciente de seguridad en las sociedades occidentales, sino que es considerada un indicador de “salud pública”, sobredimensionado por los medios de comunicación y con graves consecuencias (suicidios, maltratos, vejaciones) en el ámbito socioeducativo.<sup>(11)</sup>

El fenómeno conocido como bullying, es un concepto que refiere a distintas situaciones de intimidación, acoso, abuso, hostigamiento y victimización que ocurren reiteradamente entre escolares. Dan Olweus, psicólogo noruego, fue el primero que acuñó el término bullying definiéndolo como una conducta de persecución física o psicológica que realiza un individuo hacia otro, al que elige como víctima de repetidos ataques, el término deriva de una palabra inglesa, aceptada a nivel mundial, para referirse al acoso entre compañeros, y definido como una forma ilegítima de confrontación de intereses o necesidades en la que uno de los protagonistas –persona, grupo, institución– adopta un rol dominante y obliga por la fuerza a que otro se ubique en uno de sumisión, causándole con ello un daño que puede ser físico, psicológico, social o moral. Se concibe al bullying no sólo un problema de carácter psicológico como buena parte de la literatura apunta, sino que se trata de un fenómeno también de carácter socioeducativo.

Se establecen 4 distintas formas o tipos de bullying: 1. **Verbal**, como insultar, burlarse, poner motes, ridiculizar, humilla. 2. **Físico**, como propinar empujones, codazos, golpes, patadas, palizas. 3. **Emocional**, haciendo chantaje o extorsión para conseguir algo como por ejemplo, dinero. 4. **Sexual**, aunque es la menos frecuente, hace referencia a comportamientos que implican tocamientos a la víctima sin su consentimiento, realización de gestos obscenos, llegando a demandas de favores sexuales, con el auge de la tecnología se ha agregado uno que ha ido en aumento, el cibernético.

Además, establece tres criterios para identificarlo, que son: 1) Comportamiento agresivo con intención de hacer daño, 2) la conducta ha de ser reiterativa, es decir, debe llevarse a cabo repetidamente en el tiempo, y 3) debe existir un desequilibrio de poder o fuerza en la relación interpersonal.<sup>(12)</sup>

El maltrato y la obesidad son problemas de salud pública, con efectos importantes en el aspecto físico, emocional y social del individuo.

Las consecuencias del maltrato infantil se han abordado frecuentemente de manera individual; sin embargo, es difícil separar el resultado en cada uno de sus aspectos ya que los trastornos físicos pueden tener implicaciones psicológicas y manifestarse en conductas de riesgo que a su vez genera problemas de salud a largo plazo. Las situaciones repetidas y permanentes de injusticia y abuso de poder (psicológico o físico), que implican y tienen consecuencias distintas, aunque igualmente preocupantes, para todos los estudiantes que se ven envueltos en tales prácticas.

La evidencia disponible distingue en ellas al menos tres actores en situación de pares o iguales: 1) el o los estudiantes acosadores o agresores; 2) el o los estudiantes víctimas del acoso o abuso, y 3) los estudiantes que observan y conocen de tal situación de abuso. Las edades en las que existe más acoso, entre los ocho y nueve años", afirma Julie Lumeng, principal autora de la investigación y profesora del departamento de Pediatría de la Universidad de Michigan (Estados Unidos).<sup>(13)</sup>

A estas prácticas subyacen conductas, creencias y actitudes de todos los actores involucrados, sean estas de afecto, valoración, satisfacción, amistad, colaboración o tolerancia, como asimismo de desafección, prejuicios, discriminación, exclusión o intolerancia. En esta investigación se conceptualizó la orientación, prevención y el tratamiento del problema de obesidad infantil y el fenómeno buylling. Los niños con obesidad tienen mayor probabilidad de estar expuestos al maltrato escolar de sus compañeros; problemática que se puede prevenir y evitar que los jóvenes sean presa fácil de los bravucones y de experiencias que los lastiman en su integridad como individuos de la sociedad.<sup>(14)</sup>

El maltrato infantil debe combatirse debido al severo daño que provoca en la autoestima y desarrollo armónico de los niños; existe una realidad oculta donde gran número de niños obesos son regularmente víctimas de maltrato y estas agresiones se llevan a cabo bajo la mirada indiferente de los adultos y el silencio de las víctimas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desafortunadamente los casos de maltrato infantil van en aumento, en el mundo 10% de la población infantil es víctima de diferentes formas de maltrato. Las cifras del DIF, en México reportan que el número de niños atendidos por maltrato va en aumento; en 2002, por ejemplo, se atendieron 23,585 denuncias y en 2003 fueron 27,301.

En la UMF 13 se ha detectado un incremento de la obesidad en escolares de 6 a 12 años, y se ha visto la relación que guarda esta patología con la agresión de la que son objetos los infantes por parte de compañeros de la escuela, la sociedad y el núcleo familiar.

Hablar de familia y violencia es una paradoja pues el grupo familiar debería estar diseñado para proteger al individuo frente al mundo. Generalmente pensamos que el hogar es un refugio que como tal protege, da calor, consuela y anima, pero cada vez resulta más frecuente verificar que es ahí donde se generan comportamientos humanos lamentables; muchas veces, la familia establece situaciones que le impiden cumplir con las tareas de brindar protección y llevar a cabo ese proceso formativo y de construcción de un carácter sólido para que sus miembros enfrenten exitosamente los retos de la vida, sino que la convierten en un espacio en el que se originan las graves deformaciones conductuales de los hijos. Los padres deben sentar bases sólidas a los niños que les ayuden a enfrentar los problemas de la vida, a salir adelante y a no dejarse influenciar por aspectos negativos contrarios a sus propios valores y creencias. De manera indudable, existen cambios en la sociedad que han permitido que la violencia infantil, así como la violencia en general, presenten en nuestra sociedad matices novedosos, antes no se pensaba que el acoso en las escuelas pudiera llevar al suicidio de la víctima, ni que los niños pudieran ser dictadores en el hogar llegando, incluso, a agredir a sus familiares. Son algunos de los casos que han surgido en los últimos tiempos y que exigen un tratamiento determinado porque los protagonistas son menores y porque su futuro y el de sus familias pueden verse seriamente afectado.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con la percepción de la agresión infantil en obesos de 6 a 12 años?

## **JUSTIFICACION**

La obesidad infantil es un gran problema de Salud Pública a nivel Nacional e Internacional y es un tema de primordial importancia para los médicos familiares por que se asocia con un alto riesgo para desarrollar enfermedades crónico degenerativas, se ha observado un incremento en la obesidad en los infantes que acuden a consulta a la UMF No. 13, Cotija de la Paz; así como un aumento en los niños agredidos y desplazados por éste padecimiento, el estudio de esta patología permitirá incidir en su prevención desde un punto de vista integral.

Con programas educativos de promoción a la salud y alimentación dirigido a padres, maestros, comunidad que son los principales motores del desarrollo. Integrar grupos de autoayuda para las familias disfuncionales y para los niños que presentan algún grado de agresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como “la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo”. Esta patología ataca de manera especial a los niños, aspectos como el de las relaciones intrafamiliares no están bien delimitados y considero que la familia es el principal

agente de socialización del ser humano, sobre todo en los primeros años de vida el niño está todo el tiempo en contacto con la familia ahí se generan los cimientos de su personalidad; los padres en este proceso de socialización actúan como modelos que los hijos imitan.

La familia es la principal responsable del cuidado de los hijos y el 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. Los estudios sobre el tema han sido profusamente desarrollados desde diferentes perspectivas a nivel mundial y es una muestra del interés que hay sobre este tipo de violencia que se gesta y reproduce en el núcleo familiar, en las escuelas y en la comunidad. De igual forma, la enorme cantidad de estrategias y recomendaciones son un reflejo de la urgente necesidad de mejorar las relaciones cotidianas.

Esta investigación se conceptualizó en la percepción de la agresión por parte de los infantes que tienen un problema de obesidad infantil y el fenómeno bullying. Los niños con obesidad tienen mayor probabilidad de estar expuestos al maltrato escolar de sus compañeros, tiene que combatirse debido al daño que provoca en la autoestima y desarrollo armónico de los niños; existe una realidad oculta donde gran número de niños obesos son regularmente víctimas de maltrato y estas agresiones se llevan a cabo bajo la mirada indiferente de los adultos y el silencio de las víctimas.

A nivel general, se puede y debe intervenir desde el hogar en el núcleo familiar, en el que, como en cualquier otro sistema de convivencia, hay que tratar de fomentar las relaciones positivas e impedir las negativas, creando niños seguros para que puedan tener un mejor desenvolvimiento implicando a los miembros que integran la familia, la escuela y la comunidad. Hay que rechazar la violencia en cualquiera de sus manifestaciones y romper ese “código de silencio” que suele darse en torno a la violencia infantil.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la repercusión de la funcionalidad familiar en la percepción de la agresión en los niños con obesidad de la UMF N° 13.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Determinar mediante los percentiles que maneja la OMS el peso y la talla de los niños con obesidad.

Identificar la funcionalidad familiar de los niños con obesidad, mediante la aplicación de la escala de evaluación de relaciones intrafamiliares.

Identificar como perciben la agresión los niños con obesidad, mediante la aplicación de test proyectivos.

Determinar el grado de escolaridad de los padres.

Identificar familiares con obesidad.

## **HIPOTESIS**

La funcionalidad familiar se relaciona con la percepción de la agresión en niños obesos.

### **HIPOTESIS NULA**

La funcionalidad familiar no se relaciona con la percepción de la agresión en niños obesos.

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Descriptivo

Observacional

Trasversal

Prospectivo

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó el estudio de investigación de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en la población con obesidad infantil de 6 a 12 años que acuda a consulta de la UMF No. 13 del estado de Michoacán, ubicada en el municipio de Cotija de la Paz, el tipo de estudio que se utilizó nos permite describir y medir las tres variables del estudio: funcionamiento familiar, obesidad infantil y percepción de la agresión.

Así mismo nos permite conocer las relaciones existentes entre la funcionalidad familiar, la obesidad infantil y percepción de la agresión en los niños de 6 a 12 años de edad; de los cuales se estudiarán en un periodo comprendido de los meses del 01 de marzo del 2016 al 28 de febrero del 2017.

## CRITEROS DE SELECCIÓN

### INCLUSION:

1. Familiares y pacientes de 6 a 12 años que acepten el estudio de investigación.
2. Pacientes de 6 a 12 años adscritos a la UMF N° 13.
3. Familiares y pacientes que firmen el consentimiento informado

### EXCLUSIÓN:

1. Familiares y pacientes que no acepten participar en el estudio.

### ELIMINACIÓN:

1. Familiares y pacientes que no desean continuar el estudio de investigación.
2. Pacientes con datos incompletos

## VARIABLES

### Dependiente.

**Obesidad infantil.** OMS la define “Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.”

### Independiente.

**Funcionalidad familiar.** Se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante la comunicación apropiada y basada en el respeto de la relación intrafamiliar.

**Agresión infantil.** Desorden conductual característico de los niños, consiste en agredir física, emocional o psicológica a las personas y que puede ser evolutivo.

**Percepción.-** Para la [psicología](#), la percepción consiste en una función que le

posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la [información](#) que llega desde el exterior valiéndose de los [sentidos](#); poseemos multitud de categorías para clasificar su conducta, apariencia y demás información: puede ser categorizada en función de su atractivo físico, de su personalidad, de su procedencia, de su carrera universitaria; utilizan exclusivamente un sistema categorial ("amigo-enemigo", "atractivo-poco atractivo").

Edad

Sexo

Escolaridad

Peso

Talla

IMC

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
<b>DEPENDIENTE</b> <b>Obesidad infantil</b>	Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25	Niños con índice de masa corporal según tablas de la OMS	Cuantitativa de intervalo	En niños y adolescentes basándose en el IMC Kg/talla Tablas percentilares de la OMS Se categorizo por el resultado arrojado al obtener el IMC, cotejando los resultados con las tablas percentilares de la OMS.
<b>INDEPENDIENTE</b> <b>Edad</b>	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	La cantidad se expresa en años	Cuantitativa Discreta	Años
<b>Genero</b>	Condición orgánica que	Mediante interrogatorio	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino

	Mediante interrogatorio Cualitativa. Nominal Masculino Femenino distingue a las personas si es hombre o mujer			
<b>Escolaridad</b>	Promedio del número de grados escolares aprobados por una población	Grado de estudio a recibido la persona	Cuantitativa Discreta	Años de escolaridad
<b>Talla.</b>	Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones	Medición mediante estadímetro en metros	Cuantitativa Continua	Centímetros
<b>Peso</b>	Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos	Medición mediante bascula en kg	Cuantitativa Continua	Kilogramos
<b>Funcionalidad</b>	Son las	Cuestionario	Cuantitativo	Puntuación

<b>Familiar</b>	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	APGAR FAMILIAR Adaptado a niños a partir de los 6 años de edad.		Cada pregunta se puntúa de 0 a 2, obteniéndose un total final de 10 puntos. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente: 0-3 disfunción severa. 4-6 disfunción moderada. 7-10 función familiar normal
<b>Agresión infantil</b>	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o	Auto-test Cisneros de acoso escolar.	Cuantitativa	Puntuación Contienen 8 escalas o componentes: 1. Desprecio o ridiculización, 2. Intimidación y amenaza, 3.

	<p>trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual al niño (a) por parte de sus padres, representantes legales, o de cualquier otra persona que lo (a) tenga a su cargo</p>		<p>Coacción, 4. Restricción de la comunicación, 5. Exclusión o bloqueo social, 6. Hostigamiento verbal, 7. Agresiones, 8. Robos. Compuesta por 50 ítems, enunciados en forma afirmativa con 3 tipos de respuesta (nunca), (pocas veces), (muchas veces). Se debe obtener entre 50 y 150 puntos. Este test evalúa el índice global de acoso escolar.</p>
--	--	--	---

<p><b>Percepción</b></p>	<p>Para la <a href="#">psicología</a>, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la <a href="#">información</a> que llega desde el exterior valiéndose de los <a href="#">sentidos</a>; poseemos multitud de categorías para clasificar su conducta, apariencia y demás información: puede ser categorizada en función de su atractivo físico, de su personalidad, de su</p>	<p>Auto-Test Cisneros</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Puntuación [[karla2] Contienen 8 escalas o componentes: 1. Desprecio o ridiculización, 2. Intimidación y amenaza, 3. Coacción, 4. Restricción de la comunicación, 5. Exclusión o bloqueo social, 6. Hostigamiento verbal, 7. Agresiones, 8. Robos. Compuesta por 50 ítems, enunciados en forma afirmativa con 3 tipos de respuesta (nunca), (pocas veces), (muchas</p>
--------------------------	---	-------------------------------	---------------------	---

	procedencia, de su carrera universitaria; utilizan exclusivamente un sistema categorial ("amigo-enemigo", "atractivo-poco atractivo").			veces). Se debe obtener entre 50 y 150 puntos. Este test evalúa el índice global de acoso escolar.
--	--	--	--	--

## METODOLOGIA

La metodología de trabajo consistió en realizar de un censo de niños con obesidad en la UMF N°13, identificamos las relaciones intrafamiliares de los niños con obesidad de la UMF N° 13 (mediante la aplicación de la escala de evaluación de las Relaciones intrafamiliares, (APGAR FAMILIAR). Se consideraron a los pacientes que reunieron los criterios de selección. El tamaño de la muestra consistió en el 100% de los niños de 6 a 12 años, incluyendo los siguientes datos: Talla y peso que fueron medidos con una báscula marca mechanical y modelo BR 2016 previamente calibrada y con altímetro; se pesó y midió a todos los pacientes con un mínimo de ropa. Previo consentimiento informado autorizado por los padres o representantes legales y con la aprobación de los menores. La información recopilada se registró en una base de datos diseñada en el programa Microsoft Office Excel 2013, y la presentación de los resultados se realizó en tablas y gráficas del sistema Microsoft Office Excel 2013. Una vez obtenidos los resultados se efectuó la discusión de los mismos.

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 23.0).

Para el instrumento o constructo involucrado de test de CISNEROS se aplicó análisis de confiabilidad para obtener una validez de la muestra mediante el estimador Alpha de Cronbach, y se reconfirmó dicha validez por el método de las mitades (Spearman-Brown).

Los estadísticos de contraste fueron elegidos en base aquellos que según la distribución de Kolmogorov-Smirnof para el criterio de normalidad. Para el caso fue el estadístico de contraste no paramétrico  $Chi^2$ , ya que las variables fueron de

características cualitativas nominales. Se presentan tablas de contingencia y sus respectivas gráficas de barras.

## DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

### **Características generales del cuestionario Apgar Familiar.**

El Apgar familiar es un cuestionario de cinco preguntas cuyo objetivo es evidenciar el estado funcional de la familia. Fue creado por Smilkstein en 1978, en la universidad de Washington. Este test fue denominado “Apgar familiar” por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de evaluación del recién nacido propuesta por la doctora Virginia Apgar y por ser un instrumento de fácil y rápida aplicación.

El Apgar familiar es útil porque permite evidenciar el funcionamiento de la familia en un momento determinado.

Se ha utilizado el Apgar familiar en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del posparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias.

El Apgar familiar evalúa cinco funciones consideradas básicas por el autor (adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos).

La aplicación del cuestionario es sumamente rápida y sencilla no existiendo parámetros establecidos de tiempo. El Apgar familiar admite tres alternativas de respuesta: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). El puntaje es de 0 a 10 respectivamente alcanzando un máximo de 10 puntos y el mínimo de 0 puntos. Las categorías de clasificación de la funcionalidad familiar son: buena función familiar, disfunción familiar leve, disfunción familiar grave.

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

Áreas que explora:

1. Adaptación: Evalúa la forma en el que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extra familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
2. Participación: Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
3. Ganancia: Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
4. Afecto: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia dentro del grupo familiar.
5. Recursos: Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

### **El Auto-test Cisneros de acoso escolar.**

Este instrumento fue creado en España por Iñaki Piñuel y Araceli Oñate en 2005, a través del Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo (IEDI). Esta escala está diseñada para evaluar el Índice Global de Acoso. Y también permite hacer un perfil sobre las modalidades más frecuentes de acoso escolar.

Los autores reportan un índice de fiabilidad (Alpha de Crombach de 0,9621) Está conformada por 50 preguntas en forma afirmativa y tiene nueve sub-escalas. Las modalidades de respuesta son de “nunca”, “pocas veces”, “muchas veces”, las cuales asumen valores de 1, 2, 3.

Está integrado por las siguientes componentes que a continuación se describen:

- El Índice global de acoso (M). Representado por la suma de las puntuaciones directas de toda la escala.
- Escala de intensidad de acoso (I). Esta escala se obtiene sumando 1 punto por cada vez que entre las preguntas 1 y 50 el niño haya seleccionado la respuesta 3 (muchas veces).

#### A. Componente de Desprecio –Ridiculización

Esta área agrupa a los ítems de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y la relación de los otros con él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa, distorsionada y cargada negativamente del niño. No importa lo que haga el niño, todo es utilizado y sirve para inducir el rechazo de otros. A causa de esta manipulación de la imagen del niño acosado, muchos otros niños se suman al *gang* o círculo de acoso de manera involuntaria

#### B. Componente de Coacción

Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que el niño realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad. Los que acosan son percibidos como poderosos por la víctima y el beneficio es el poder social del acosador.

### C. Componente de Restricción- Comunicación

Agrupar las acciones de acoso escolar que pretenden bloquear socialmente al niño. Así las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicarse con otros, o de que nadie hable o se relacione con él, son indicadores que señalan un intento de quebrar la red social de apoyos del niño.

### D. Componente de Agresiones

Agrupar las conductas directas de agresión ya sea física o psicológica. Esta es una escala que evalúa la violencia más directa contra el niño, aunque no siempre ésta es más lesiva psicológicamente. Las agresiones físicas, la violencia, el robo o el deterioro a propósito de sus pertenencias, los gritos los insultos son los indicadores de esta escala.

### E. Componente de Intimidación-Amenazas

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que persiguen, amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria. Con ellas, quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio y acoso a la salida de clase. O incluso puede manifestarse en amenazas contra la familia de la víctima.

### F. Componente de Exclusión-Bloqueo Social

Agrupar las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado. El "tú no", es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa y segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno.

### G. Componente de Hostigamiento Verbal

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de

hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio y falta de respeto y de consideración por la dignidad del niño. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, los sobrenombres o apodos, la malicia, la manifestación gestual de desprecio y la imitación burlesca son los indicadores de esta escala.

#### H. Componente de Robos

Agrupación aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de apropiación de las pertenencias de la víctima ya sea de forma directa o por chantajes.

## **ASPECTOS ETICOS:**

Este protocolo de investigación se ajusta a la normatividad marcada por la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a la normatividad internacional como son:

### **TRATADO DE HELSINKI Y TOKIO**

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sub-representadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en

La investigación se realizará de acuerdo con los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964 el cual entra en vigor el año 1989. En ella se declara que la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el "mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El médico no apoyará, aprobará ni participará en la práctica de la tortura ni de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera que sea el delito que se sospeche en la víctima de tales tratos, acusado o convicto, y cualesquiera que sean los motivos o creencias de la víctima, y cualesquiera que sean las circunstancias, incluyendo los conflictos armados y las luchas civiles. El médico debe tener independencia clínica completa para decidir sobre el cuidado de una persona de la que sea médicamente responsable.

La World Medical Association apoyará, y animará a la comunidad internacional, a las asociaciones médicas nacionales y a los médicos individuales, a que apoyen al médico y a su familia en caso de amenazas o represalias por su negativa a participar en la tortura o en otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante.

El médico está obligado en toda circunstancia a aliviar el sufrimiento de sus semejantes, y ninguna razón, sea personal, colectiva o política, debe prevalecer contra este objetivo superior.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Los resultados de las variables continuas se presentaron en medias  $\pm$  desviación estándar. Mientras que las variables categóricas en porcentajes. La asociación de las variables se realizará mediante la prueba de  $\chi^2$ . Para medir el impacto que cada una de las variables independientes tiene sobre la percepción del maltrato del niño con obesidad se aplicó un análisis de regresión multivariable por pasos sucesivos. Todos los cálculos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS v18 para Windows. Se consideró de significancia estadística a un valor de  $p < 0.05$ .

## **RECURSOS**

El investigador principal aplicó las encuestas y recolectó los datos.

### **Recursos humanos:**

El investigador principal aplicó las encuestas y recolectó los datos.

Asesor metodológico para apoyo.

### **Recursos materiales:**

Unidad de Medicina Familiar

Hojas

Bolígrafos

Lápices

### **Recursos técnicos:**

Computadora

Impresor

Memoria U.S.B

## **RESULTADOS:**

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios se procedió a representar los datos obtenidos mediante tablas y gráficas.

Se realizó la estadística en forma descriptiva mediante el cálculo de frecuencias e intensidades.

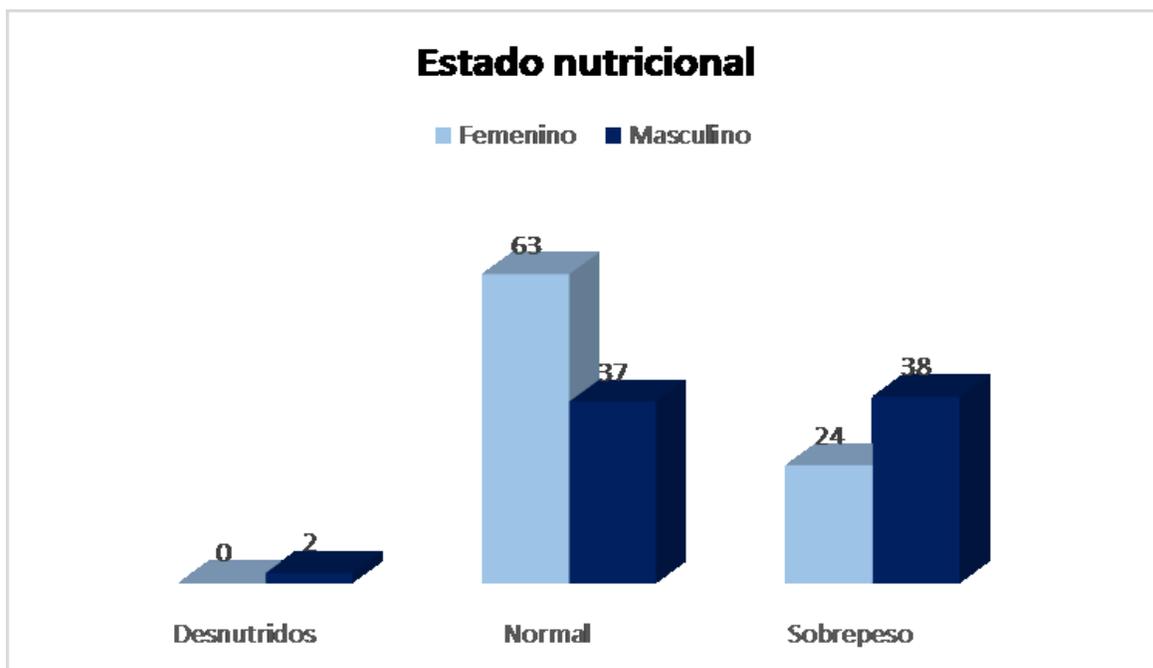
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se estudiaron un total de 164 infantes de 6 a 12 años, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 13, en la comunidad de Cotija de la Paz, Michoacán; durante los meses de enero a diciembre del 2016, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y la percepción de la agresión en niños obesos.

**TABLA. No. 1. Variables Sociodemográficas por Estado Nutricional**

VARIABLE	Desnutridos	Normales	Sobrepeso		
	N = 2 F (%)	N = 100 F (%)	N = 62 F (%)	Chi <sup>2</sup>	Sig.
<b>Género</b>					
Femenino	-	63(38.4)	24(14.6)	<b>14.136</b>	<b>.001*</b>
Masculino	2(1.2)	37(22.5)	38(23.1)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje).  
Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En relación al estado nutricional, las niñas presentan mayor porcentaje de sobrepeso con 14.6%, en contraste con los niños el 23.1%. Hay cifras significativas (Chi<sup>2</sup>=14.136, gl=2, Sig. =.001). Tabla No.1.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En la gráfica se puede observar que 38 de los niños presentan sobrepeso a diferencia de las niñas que solo 24 de ellas lo presentaron. Hay cifras significativas (Chi<sup>2</sup>=14.136, gl=2, Sig. =.001). Gráfica No 1

Se traduce que, la incidencia de sobrepeso y obesidad están por debajo de la media nacional, probablemente por tratarse de una población rural, donde la actividad física es permanente por la caminata, uso de bicicleta, poco uso de transporte público y vehículos. Con mayor índice en las mujeres, en relación a los hombres.

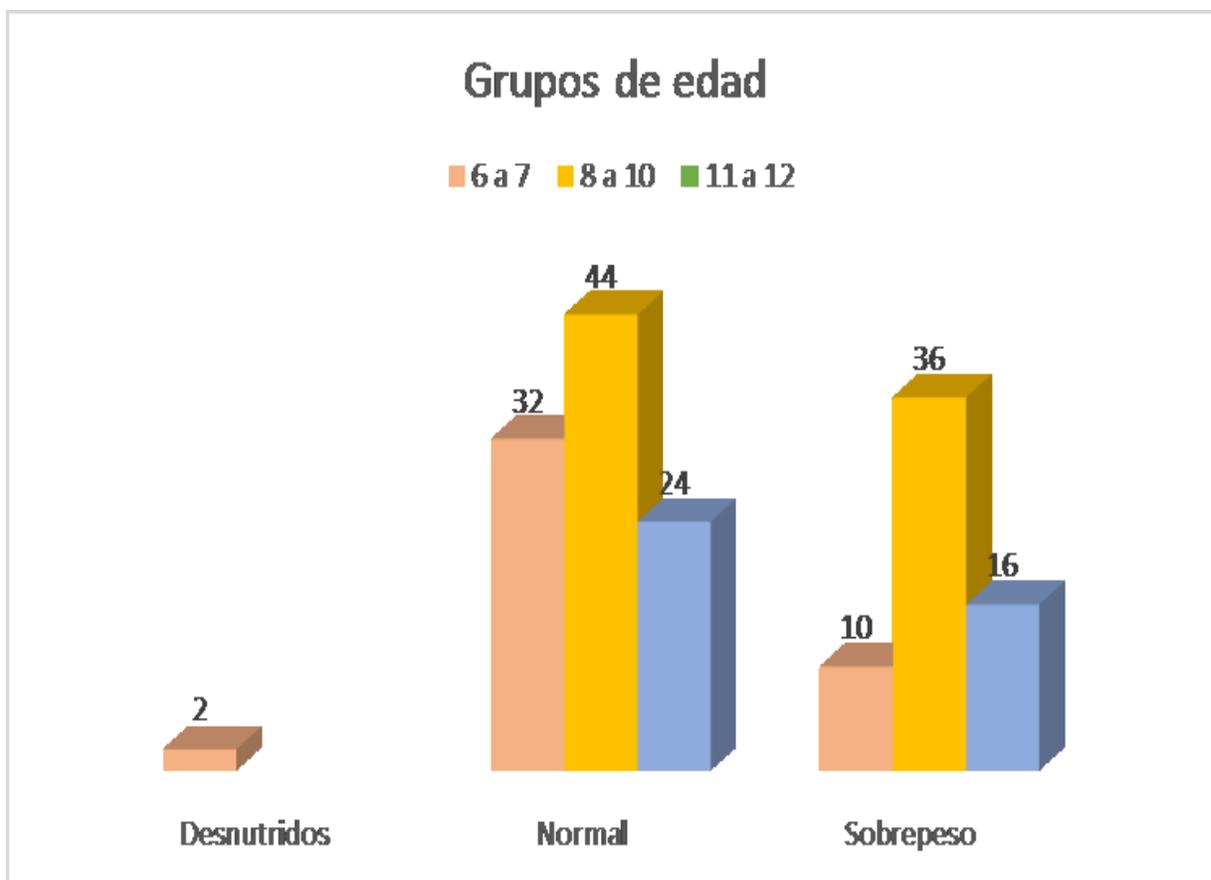
Por los datos obtenidos se requiere reforzar los programas preventivos implementados en el sector salud, para lograr los objetivos esperados, y limitar la comercialización de productos ricos en carbohidratos y conservadores para prevenir enfermedades crónicas degenerativas.

**TABLA No. 1.2 Variables sociodemográficas del estado nutricional por grupo de edad.**

Grupos de Edad	Desnutridos	Normal	Sobrepeso	38.162	.000*
6 - 7	2(1.2)	32(19.5)	10(6.0)		
8 - 10		44(26.8)	36(21.9)		
11 - 12		24(14.6)	16(9.7)		

\* Cifra estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ); F (%) = Frecuencia (porcentaje).  
Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En cuanto al grupo etario se congregaron por edades de 6 a 7 años encontrando que 32(19.5%) dentro del percentil normal, 10(6.0%) con sobrepeso; los que tienen 8 a 10 años 44(26.8%) se encuentran dentro del percentil normal, 36(21.9%) están con sobrepeso, por último el grupo de 11 a 12 años 24(14.6%) están con peso normal y 16(9.7%) se encuentran con sobrepeso. Nuevamente hay relevancia estadística ( $Chi^2=38.162$ ,  $gl=12$ ,  $Sig. = .000$ ). Tabla No. 1.2.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

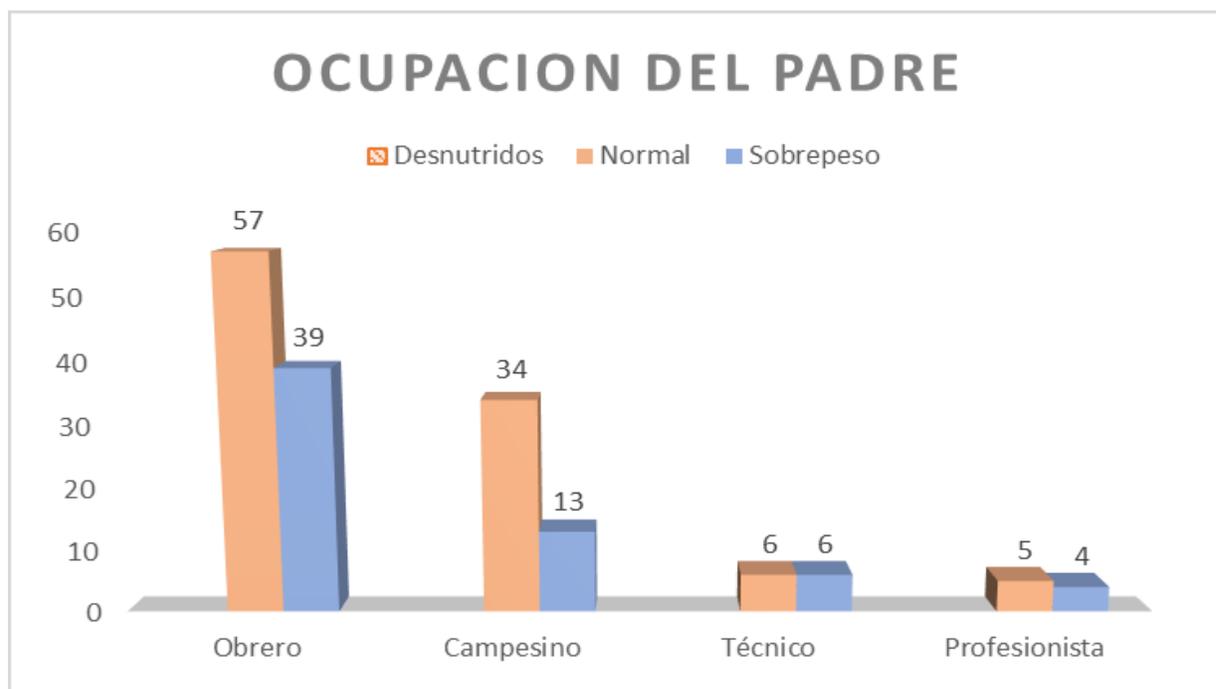
Agrupados por edades encontramos que la incidencia de sobrepeso es frecuente en edades de 8 a 10 años (36 niños), no así en los grupos de 6 a 7 (10 niños) y de 11 a 12 (16 niños). Nuevamente hay relevancia estadística ( $Chi^2=38.162$ ,  $gl=12$ ,  $Sig. =.000$ ). Gráfica No. 1.2.

**TABLA No. 1.3 Variables sociodemográficas del estado nutricional de los padres de acuerdo a su ocupación.**

Ocupación papa	Desnutridos	Normal	Sobrepeso		
Obrero		57(35.5)	39(22.7)	<b>9.896</b>	<b>.129</b>
Campesino		34(20.7)	13(7.6)		
Técnico		6(3.5)	6(3.5)		
Profesionista		5(2.9)	4(2.3)		

\* Cifra estadísticamente significativa ( $P<0.05$ ); F (%) = Frecuencia (porcentaje).  
Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En cuanto a la ocupación del padre se obtuvo que los hijos de obreros (22.7%) presentan mayor sobrepeso en relación a las otras ocupaciones, campesino (7.6%), técnico (3.5%), Profesionista (2.3%). Puede corresponder al nivel académico y sociocultural. No se encuentra diferencia estadística significativa ( $Chi^2=9.896$ ,  $gl=6$ ,  $Sig. =.129$ ). Tabla No. 1.3.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En la gráfica se observa que los infantes que presentan sobrepeso; 39 niños son hijos de padres obreros, 13 niños de padres campesinos, 6 niños son de padres que son técnicos y 5 niños son de padres profesionistas. No se encuentra diferencia estadística significativa ( $Chi^2=9.896$ ,  $gl=6$ ,  $Sig. =.129$ ). Gráfica No. 1.3.

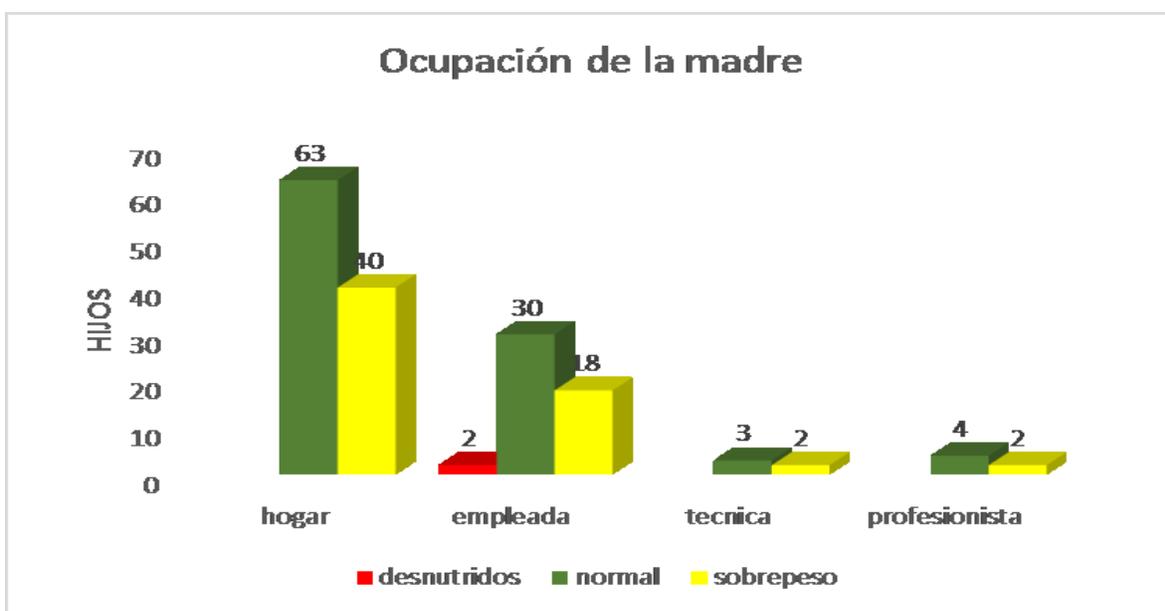
**TABLA No. 2. Variables Sociodemográficas por Estado Nutricional**

VARIABLE	Desnutridos N = 2 F (%)	Normales N = 100 F (%)	Sobrepeso N = 62 F (%)	$Chi^2$	Sig.
Ocupación mama	-	63(38.4)	40(24.3)	1.141	.980
Hogar	-	30(18.2)	18(10.9)		
Empleada	2(1.2)	3(1.8)	2(1.2)		
Técnica	-	4(2.4)	2(1.2)		
Profesionista	-				

\* Cifra estadísticamente significativa ( $P<0.05$ ); F (%) = Frecuencia (porcentaje).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En cuanto a la ocupación de la madre podemos notar que los hijos de madres que se dedican al hogar el (38.4%) tienen hijos con peso dentro del percentil normal y solo (24.3%) tienen sobrepeso, esto en relación a las madres que son empleadas donde encontramos que (18.2%) están dentro del percentil normal y (10.9%) tienen sobrepeso. Las cifras son irrelevantes por lo cual no hay asociación. ( $Chi^2=1.141$ ,  $gl=6$ ,  $Sig. =.980$ ). Tabla No.2.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En la gráfica se observa en cuanto a la ocupación de la madre; los hijos de madres que se dedican a las labores del hogar 40 niños tienen sobrepeso y 63 de ellos se encuentran dentro del percentil normal, encontrando una diferencia importante con las madres que son profesionalistas donde solo 2 niños presentan sobrepeso, se relaciona con el nivel educativo y sociocultural. Estadísticamente resultó sin significancia. ( $Chi^2=.821$ ,  $gl=6$ ,  $Sig. =.991$ ). Gráfica. 2

**Tabla No. 2.1**

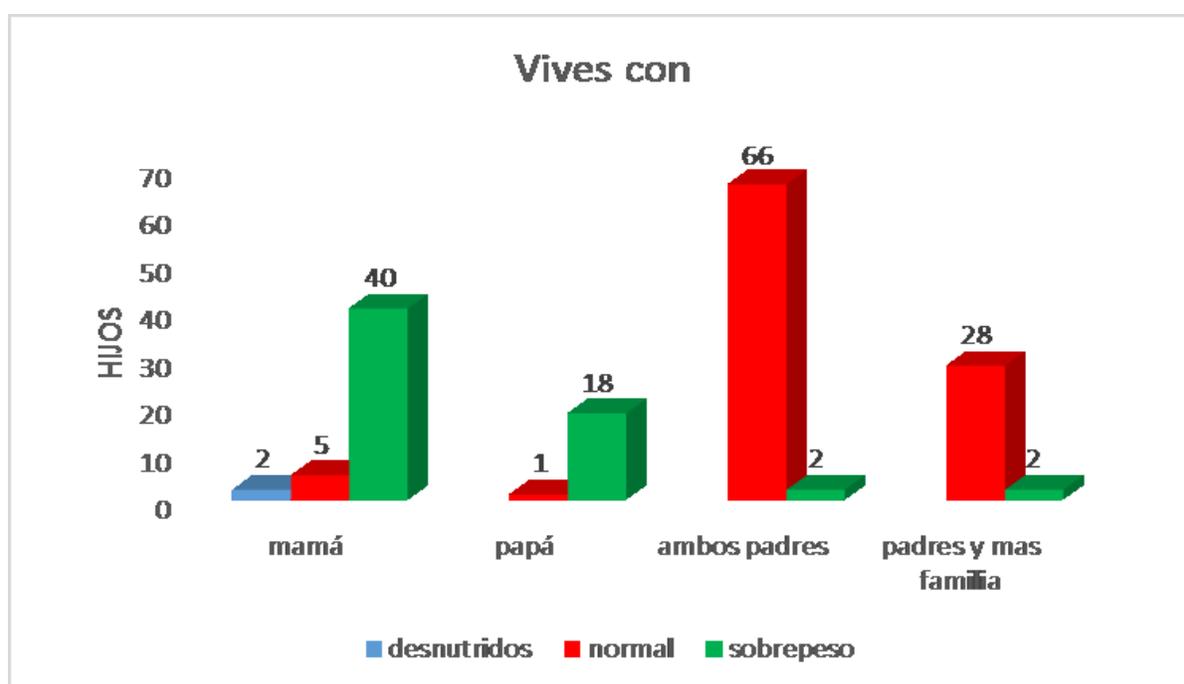
<b>Vives con Solo mama</b>	<b>2(1.2)</b>	<b>5(3.0)</b>	<b>3(1.8)</b>		
----------------------------	---------------	---------------	---------------	--	--

<b>Solo papa</b>	-	<b>1(0.6)</b>	<b>1(0.6)</b>	<b>.821</b>	<b>.991</b>
<b>Ambos padres</b>	-	<b>66(40.2)</b>	<b>42(25.6)</b>		
<b>Padres y familias</b>	-	<b>28(17.0)</b>	<b>16(9.7)</b>		

Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

El grupo de estudio que vive con ambos padres (40.2%) tienen peso normal, (26.6%) tienen sobrepeso, los que viven con familia extensa (17.0%) con peso normal, (9.7%) con sobrepeso. Estadísticamente resultó sin significancia. ( $\chi^2=.821$ ,  $gl=6$ ,  $Sig. =.991$ ). Tabla 2.1.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

**Tabla No. 2.2**

<b>Hermanos</b>					
-----------------	--	--	--	--	--

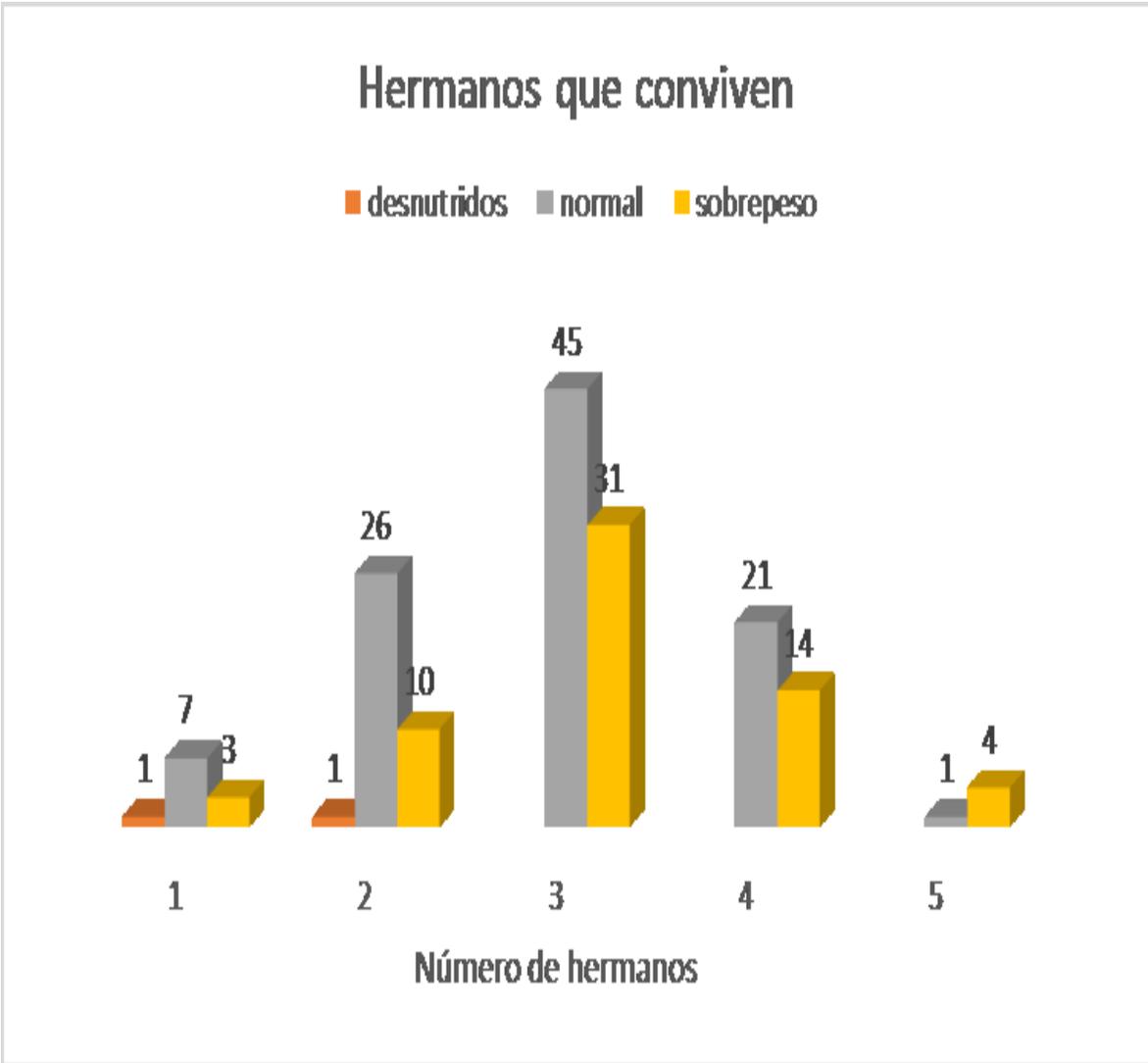
<b>1</b>	<b>1(0.6)</b>	<b>7(4.2)</b>	<b>3(1.8)</b>	<b>18.518</b>	<b>.018*</b>
<b>2</b>	<b>1(0.6)</b>	<b>26(15.8)</b>	<b>10(6.0)</b>		
<b>3</b>	<b>-</b>	<b>45(27.4)</b>	<b>31(18.9)</b>		
<b>4</b>	<b>-</b>	<b>21(12.8)</b>	<b>14(8.5)</b>		
<b>5</b>	<b>-</b>	<b>1(0.6)</b>	<b>4(2.4)</b>		

\* Cifra estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ); F (%) = Frecuencia (porcentaje).

Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

En relación con el número de hermanos con diferencia significativa ( $\chi^2=18.518$ ,  $gl=8$ ,  $Sig. =.018$ ), los que tienen 5 hermanos tienen sobrepeso (2.4%), los que tienen 4 hermanos (12.2%) están normales y (8.5%) tienen sobrepeso; con 3 hermanos (27.4%) también son normales y (18.9%) tienen sobrepeso, los que tienen 2 hermanos hay (15.8%) con peso normal (6.0%) tienen sobrepeso.

Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

**TABLA No. III. Variables Sociodemográficas por Estado Nutricional**

VARIABLE	Desnutridos	Normales	Sobrepeso	Chi <sup>2</sup>	Sig.
	N = 2 F (%)	N= 100 F (%)	N = 62 F (%)		
<b>Horas de TV</b>					
1 – 2	1(0.6)	26(15.2)	12(7.3)	34.249	.000*
3 – 5	1(0.6)	74(45.0)	50(30.3)		

<b>Comida</b>					
*Frutas y verduras	1(0.6)	5(3.0)	2(1.2)	12.010	.017
*Pan y Pastas	-	3(1.8)	5(3.0)		
*Tortillas, carnes y verduras	1(0.6)	92(56.0)	55(33.5)		

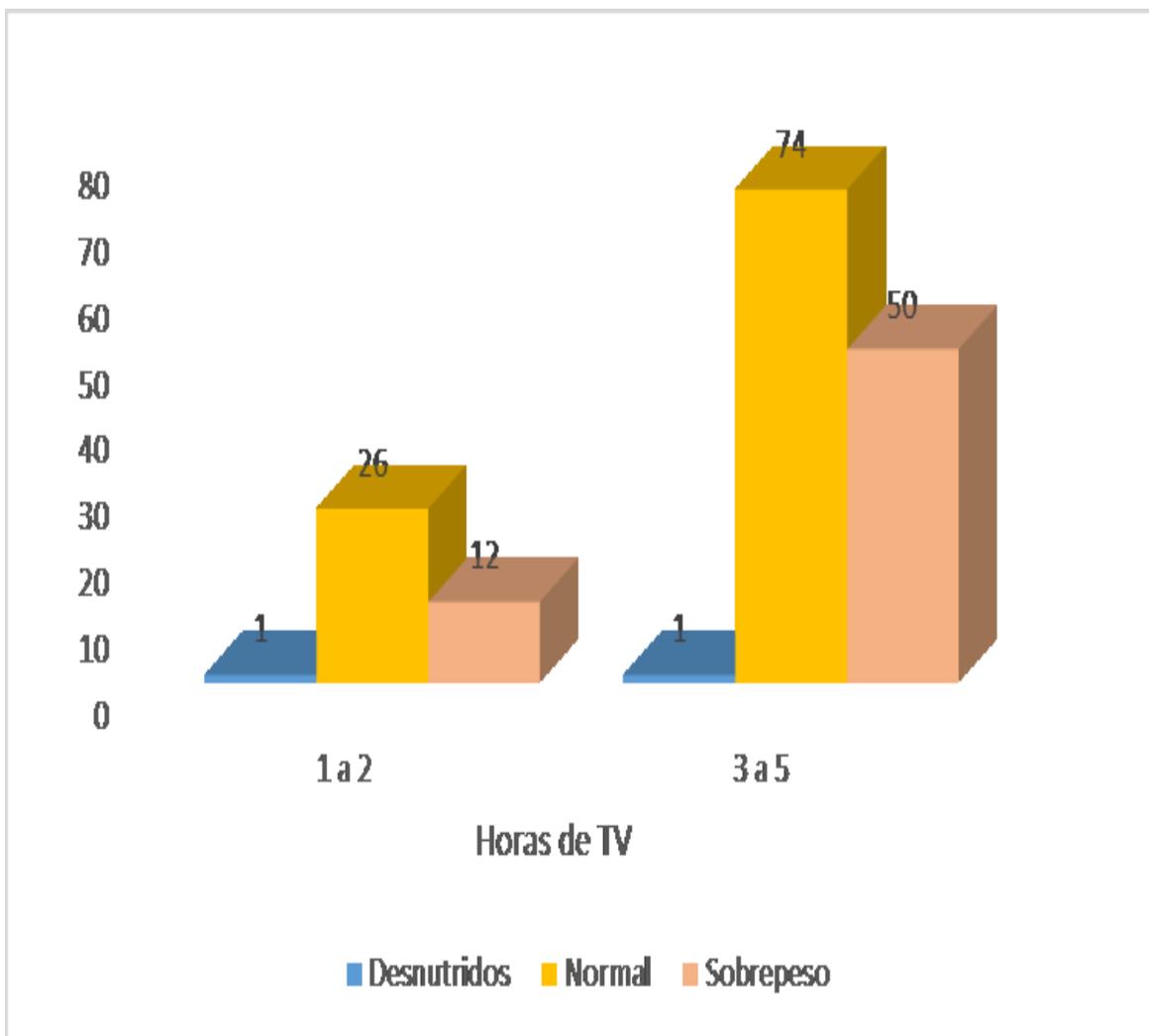
<b>Bebida</b>					
Agua natural	1(0.6)	22(13.4)	13(7.9)	1.810	.936
Agua de frutas	1(0.6)	58(35.3)	38(23.1)		
Refresco	-	19(11.5)	11(6.7)		
Jugos artificiales	-	1(0.6)	-		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)  
Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

Los resultados que se obtuvieron en cuanto a las horas que ven Televisión; con 1 a 2 horas al día, 26(15.2%) son eutróficos y 12(7.3%) con sobrepeso, con 3 a 5 horas al día 74(45.0%) con peso normal y con sobrepeso 50(30.3%). Hay diferencia significativa ( $Chi^2=34.249$ ,  $gl=8$ ,  $Sig. =.000$ ). Tabla No. 3.

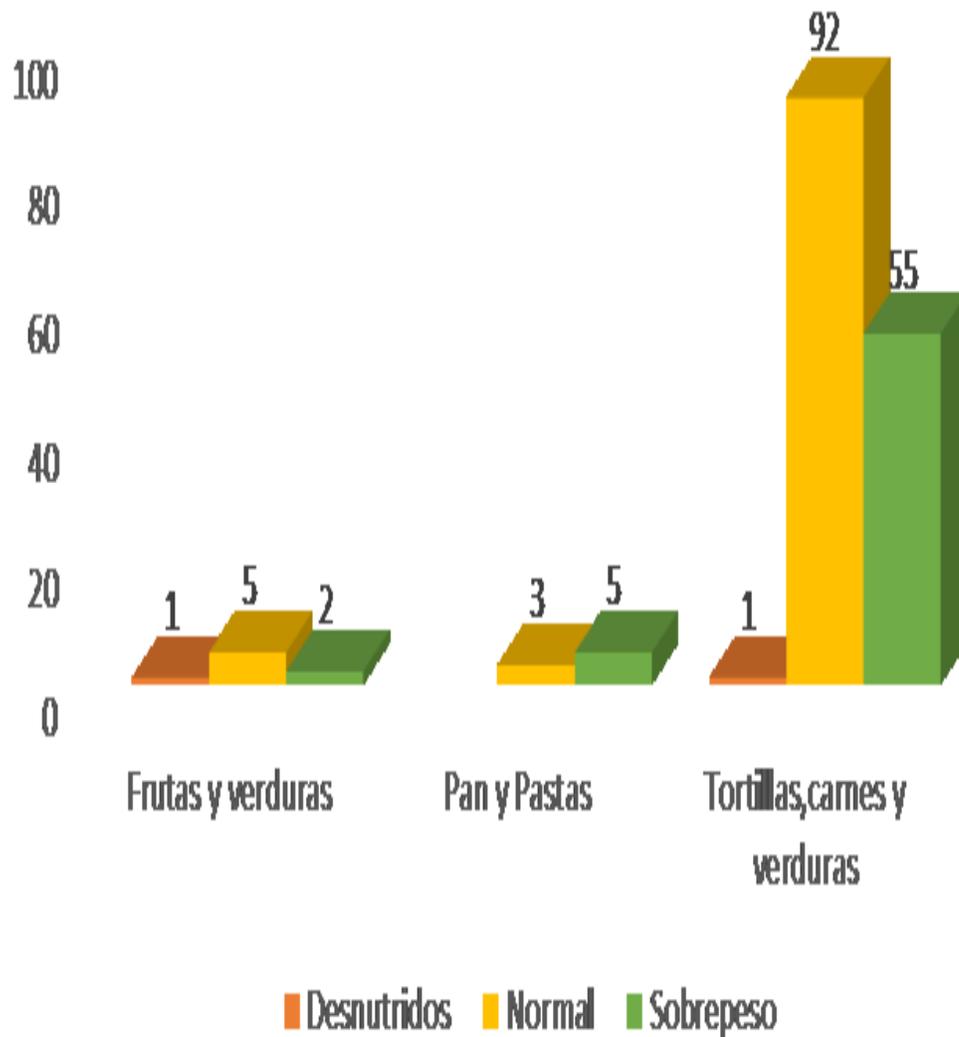
La ingesta de alimentos es completa y sana pues refieren incluir frutas, verduras, carnes, pan y tortilla la gran mayoría 92(56.0%) con peso normal y 55(33.5%) tienen sobrepeso, los que incluyen frutas y verduras nada mas 5(3.0%) con peso normal y 2(1.2) con sobrepeso. ( $Chi^2=12.010$ ,  $gl=4$ ,  $Sig. =.017$ ). Estadísticamente significativa ( $P\text{-valor} < .05$ ).

Con ingesta de agua de frutas: 58(35.3%) con peso normal y 38(22.1%) con sobrepeso, agua natural son 22(13.4%) sin sobrepeso y 13(7.9%) con sobrepeso, y los que toman refresco, 19(11.5%) peso normal y 11(6.7%) con sobrepeso. No existe significancia estadística ( $Chi^2=1.810$ ,  $gl=6$ ,  $Sig. =.936$ ).

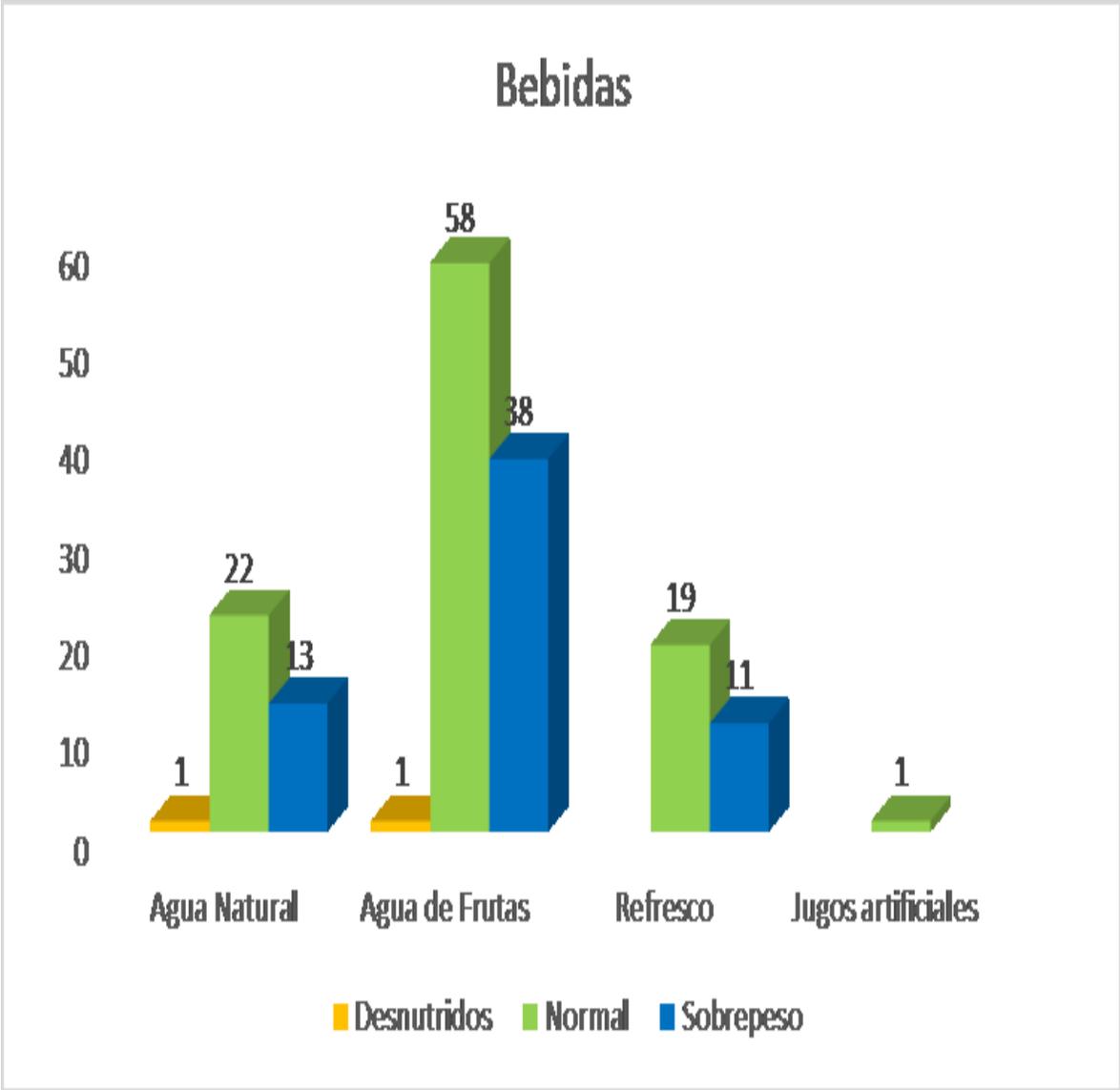


Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

# Alimentación



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

**TABLA No. IV. Variables Sociodemográficas por Estado Nutricional**

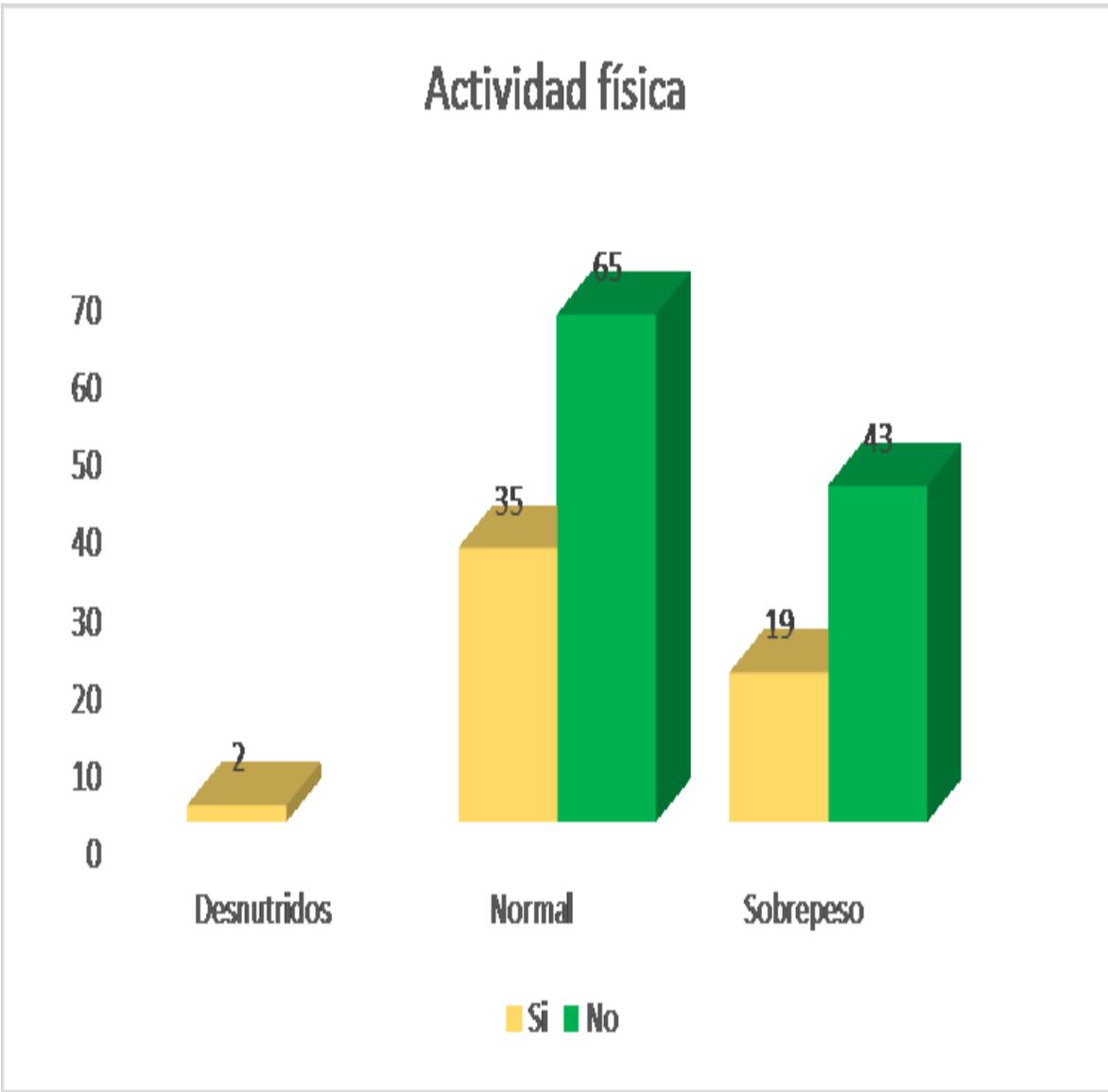
VARIABLE	Desnutridos	Normales	Sobrepeso	Chi <sup>2</sup>	Sig.
	N = 2 F (%)	N = 100 F (%)	N = 62 F (%)		
<b>Ejercicio</b>					
<b>Si</b>	2(1.2)	35(21.3)	19(11.5)	4.556	.459
<b>No</b>	-	65(39.6)	43(26.2)		

<b>Familiar obeso</b>					
<b>Mama</b>	-	19(11.5)	7(4.2)	7.407	.493
<b>Papá</b>	-	20(12.1)	16(9.7)		
<b>Hermanos</b>	-	2(1.2)	-		
<b>Abuelos</b>	1(0.6)	30(18.2)	11(6.7)		
<b>Ambos Padres</b>	1(0.6)	37(22.5)	28(17.0)		

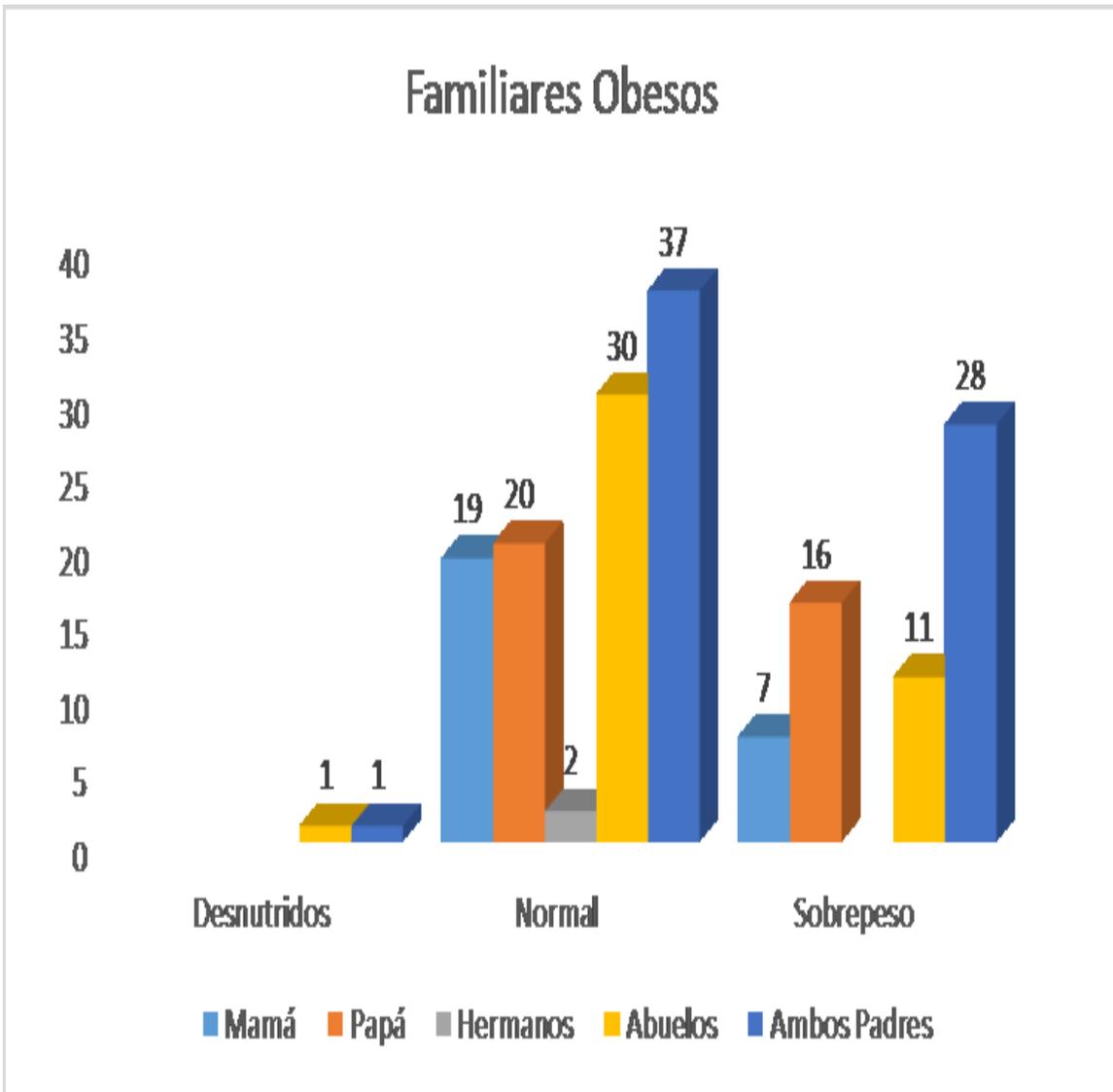
\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)  
Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

Los resultados obtenidos en relación con la actividad física: tenemos que sin actividad física 65(39.6%) con peso normal y 43(26.2%) con sobrepeso, y con actividad física 35(21.7%) con peso normal y 19(11.5%) con sobrepeso.  $Chi^2=4.556$ ,  $gl=2$ ,  $Sig. =.459$ . Tabla No. 4.

Los resultados obtenidos en familiares con obesidad: se registró que en ambos padres 37(22.5%) con peso normal y 28(17.0%) con sobrepeso, con abuelos con obesidad, 30(18.2%) con peso normal y 11(6.7%) con sobrepeso, el papá con obesidad se observa que 20(12.1%) se encuentran con peso normal y 16(9.7%) con sobrepeso; en cuanto a la mamá 19(11.5%) peso normales y 7(4.2%) con sobrepeso. ( $Chi^2=7.407$ ,  $gl=8$ ,  $Sig. =.493$ ).



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.



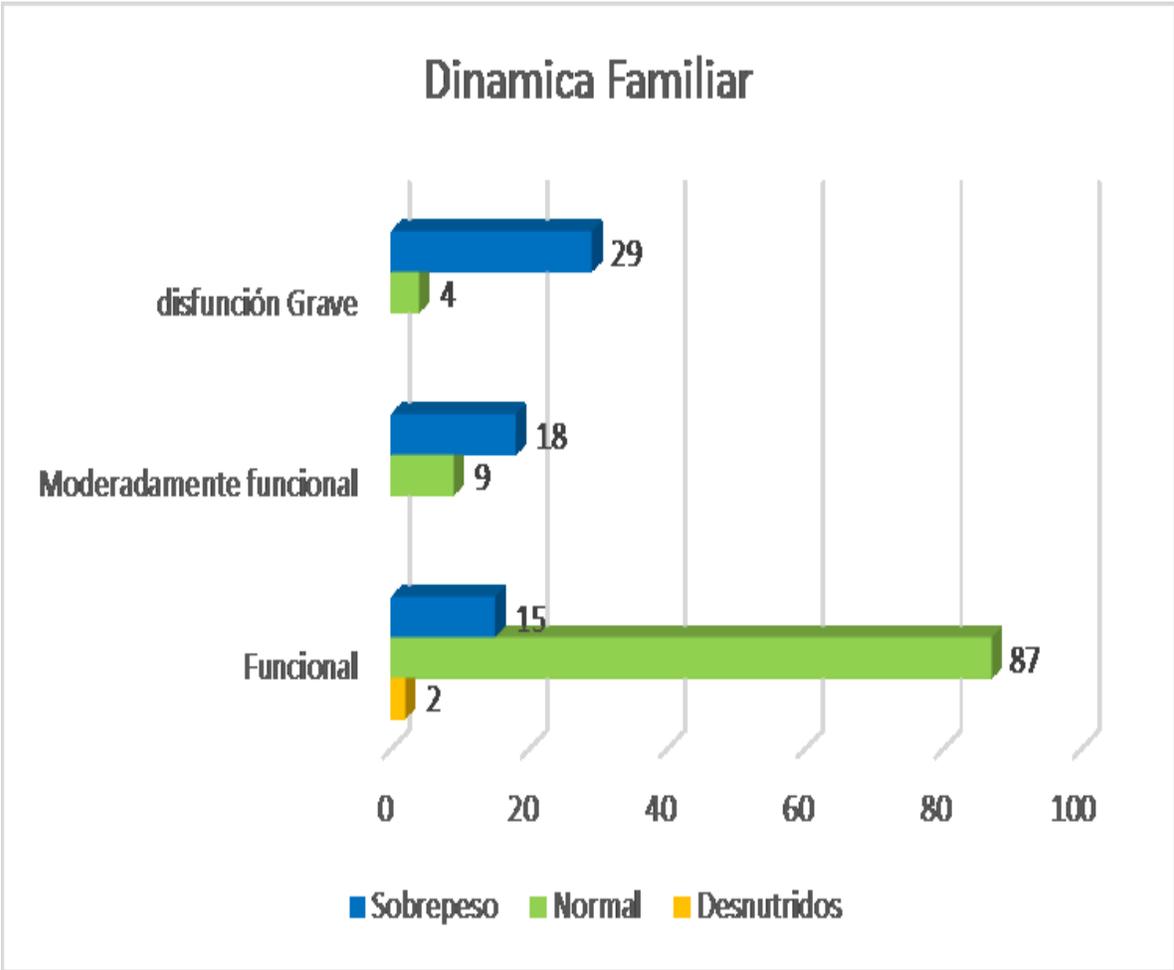
Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

**TABLA No. V. Dinámica Familiar por Estado Nutricional (APGAR)**

VARIABLE	Desnutridos	Normales	Sobrepeso	Chi <sup>2</sup>	Sig.
	N = 2 F (%)	N = 100 F (%)	N = 62 F (%)		
<b>Dinámica Fam.</b>				<b>.283</b>	<b>.868</b>
<b>Funcional</b>	<b>2(1.2)</b>	<b>87(53.0)</b>	<b>15(9.1)</b>		
<b>Moderadamente Disfuncional</b>	<b>-</b>	<b>9(5.4)</b>	<b>18(10.9)</b>		
<b>Disfunción Grave</b>		<b>4(2.4)</b>	<b>29(17.6)</b>		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)  
Fuente: Encuesta Cuestionario APGAR Familiar aplicado por el investigador

De acuerdo al puntaje obtenido en la aplicación del "Cuestionario APGAR", en la encuesta se obtuvo como resultado que la disfunción grave se presenta en 29(17.6%) de los escolares tienen sobrepeso y 4(2.4%) peso normal; en la disfunción moderada se presenta en 18(10.9%) que tienen sobrepeso y 9(5.4%) se encuentran dentro del percentil normal; los escolares que tiene una dinámica familiar funcional 87(53.0%) se encuentran dentro del peso normal y 15(9.1%) tienen sobrepeso. (Chi<sup>2</sup>=.283, gl=2, Sig. =.868). Tabla No. 5



Fuente: Encuesta Cuestionario APGAR Familiar aplicado por el investigador

**TABLA No. VI. Estado Nutricional en Niñas y Niños por grupo de edad.**

<b>Niñas</b>			
<b>Edad</b>	<b>Desnutridos</b>	<b>Normales</b>	<b>Sobrepeso</b>
	<b>N = 2 F (%)</b>	<b>N = 100 F (%)</b>	<b>N = 62 F (%)</b>
<b>6 a 7</b>		<b>20(12.1)</b>	<b>4(2.4)</b>
<b>8 a 10</b>		<b>31(18.9)</b>	<b>17(10.3)</b>
<b>11 a 12</b>		<b>12(7.3)</b>	<b>3(1.8)</b>

<b>Niños</b>			
<b>Edad</b>			
<b>6 a 7</b>	<b>2(1.2)</b>	<b>12(7.3)</b>	<b>6(3.6)</b>
<b>8 a 10</b>		<b>13(7.9)</b>	<b>19(11.5)</b>
<b>11 a 12</b>		<b>12(7.3)</b>	<b>13(7.9)</b>

Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

Los resultados obtenidos en cuanto al género que en niñas hay 4(2.4%) con sobrepeso y 20(12.1%) dentro del percentil normal en edad de 6 a 7 años, en edades de 8 a 10 años hubo registro de 31(18,9%) con peso normal y 17(10.3%) tienen sobrepeso; en el grupo de edad de 11 a 12 años 12(7.3%) tiene un percentil normal en cuanto a peso y 13(7.9%) se encuentran en sobrepeso.

A diferencia de los niños quienes se observa que en edades de 6 a 7 años 12(7.3%) se encuentran dentro del peso normal y 6(3.6%) con sobrepeso, entre las edades de 8 a 10 años 13(7.9%) tienen peso normal y 19(11.5%) están en sobrepeso, en edades de 11 a 12 años 12(7.3%) se encuentran dentro del percentil normal y 13(7.9%) presentan sobrepeso.

**TABLA No. VII: Intensidad de la agresión y estado nutricional en niñas por grupo de edad.**

<b>Niñas</b>			
<b>Edad</b>	<b>6 a 7 años</b>		
<b>Intensidad de la agresión</b>	<b>Desnutridos</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>
<b>Nunca</b>	-	<b>14(8.5%)</b>	-
<b>Pocas veces</b>	-	<b>5(3.0%)</b>	<b>4(2.4%)</b>
<b>Muchas veces</b>	-	<b>1(0.6%)</b>	-
<b>Edad</b>	<b>8 a 10</b>		
<b>Nunca</b>	-	<b>31(18.9%)</b>	<b>8(4.8%)</b>
<b>Pocas veces</b>	-	-	<b>7(4.2%)</b>
<b>Muchas veces</b>	-	-	<b>2(1.2%)</b>
<b>Edad</b>	<b>11 a 12</b>		
<b>Nunca</b>	-	<b>9(5.4%)</b>	-
<b>Pocas veces</b>	-	<b>3(1.8%)</b>	<b>3(1.8%)</b>
<b>Muchas veces</b>	-	-	-

Fuente: Encuesta TEST CISNEROS aplicada por investigador.

El Test Cisneros aplicado nos da como resultado que las niñas con sobrepeso en edades de 6 a 7 años 4(2.4) sufren una intensidad de agresión poca veces en relación a las de edades entre 8 a 10 años 7(4.2%) agresión pocas veces y 2(1.2%) muchas veces, las edades comprendidas entre 11 a 12 años solo el 3(1.8%) sufre agresión pocas veces en cuanto a intensidad. A diferencia de las niñas que se encuentran dentro del percentil normal.

**TABLA No. VIII: Intensidad de la agresión y estado nutricional en niños por grupo de edad.**

<b>Niños</b>			
<b>Edad</b>	<b>6 a 7</b>		
<b>Intensidad de la agresión</b>	<b>Desnutridos</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>
<b>Nunca</b>	-	<b>10(6.0%)</b>	-
<b>Pocas veces</b>	<b>1(0.6%)</b>	<b>2(1.2%)</b>	<b>6(3.6%)</b>
<b>Muchas veces</b>	<b>1(0.6%)</b>	-	-
<b>Edad</b>	<b>8 a 10</b>		
<b>Nunca</b>	-	<b>11(6.7%)</b>	<b>6(3.6%)</b>
<b>Pocas veces</b>	-	<b>2(1.2%)</b>	<b>8(4.8%)</b>
<b>Muchas veces</b>	-	-	<b>5(3.0%)</b>
<b>Edad</b>	<b>11 a 12</b>		
<b>Nunca</b>	-	<b>12(7.3%)</b>	<b>8(4.8%)</b>
<b>Pocas veces</b>	-	-	<b>5(3.0%)</b>
<b>Muchas veces</b>	-	-	-

Fuente: Encuesta TEST CISNEROS aplicada por el investigador.

El Test Cisneros aplicado nos da como resultado que los niños de 6 a 7 años con sobrepeso 6(3.6%) son pocas veces agredidos, en relación a los que tienen edades de 8 a 10 años quienes 8(4.8%) presentan este tipo de agresión y 5(3.0%) son agredidos en muchas ocasiones; aun los que tienen peso normal presentan agresión pocas veces y están entre las edades de los 6 a 7 y 8 a 10, 2(1.2%); así como los de 11 a 12 años solo 5(3.0%) son agredidos pocas veces.

**TABLA No. IX: Intensidad de la agresión por género.**

Género	Nunca			Pocas veces			Muchas veces		
	D	N	S	D	N	S	D	N	S
<b>Niñas</b>	-	<b>54(32.9%)</b>	<b>8(4.8%)</b>	-	<b>8(4.8%)</b>	<b>14(8.5%)</b>	-	<b>1(0.6%)</b>	-
<b>Niños</b>	-	<b>33(20.1%)</b>	<b>14(8.5%)</b>	<b>1(0.6%)</b>	<b>4(2.4%)</b>	<b>19(11.5%)</b>	<b>1(0.6%)</b>	-	<b>5(3.0%)</b>

Fuente: Encuesta TEST CISNEROS aplicada a niños de 6 a 12 años de edad en la UMF 13 por el investigador.  
Desnutridos (D), Normal (N), Sobrepeso (S).

En los resultados obtenidos por género, encontramos que en las niñas con peso dentro del percentil normal 8(4.8%) y 4(2.4%) de los niños son agredidos pocas veces, en la misma intensidad los que tiene sobrepeso 14(8.5%) de las niñas, 19(11.5%) de los niños. En los niños con sobrepeso encontramos que solo 5(3.0%) han sido agredidos en muchas ocasiones. Por lo tanto los niños con sobrepeso son con frecuencia agredidos en relación con las niñas.

## **CONCLUSIONES Y DISCUSION** [karla3]

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial considerada como un factor de riesgo de enfermedades crónico degenerativas que afecta a todos los niveles socioeconómicos y a todas las edades. Los hábitos adquiridos durante la niñez perpetúan durante toda la vida, como son los de alimentación y ejercicio, pero la familia es el contacto inicial del niño y juega un rol muy importante en el desarrollo y salud de cada individuo, asimismo el problema educativo derivado de la falta de cultura por parte de los padres genera una creciente ola de obesidad infantil debido a una inadecuada alimentación y otros problemas que hacen prioritario establecer soluciones a esta situación, siendo un reto para la Salud Pública de México. Michoacán se encuentra por debajo de la media nacional de

obesidad infantil, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2006, en niños escolares de 6 a 12 años, refiere que cada uno de cinco niños presenta sobrepeso u obesidad, con mayor índice en localidades urbanas (23.9%) en relación a los que habitan en localidades rurales (19.6%). Con porcentaje elevado en mujeres en relación a los hombres.

La presente investigación realizada en la UMF 13, ubicada en la comunidad de Cotija de la Paz, perteneciente al estado de Michoacán fueron encuestados 164 niños, encontrando que 37.8% tienen sobrepeso y el 60.9% de niños con percentil normal. Aquí se confirma lo que la ENSANUT reporta que todavía en las comunidades aun con la falta de cultura y educación por parte de los padres ya que de los encuestados no se reportó ninguno con obesidad. En relación al estado nutricional, las niñas presentaron mayor porcentaje de sobrepeso con 15.7% y obesidad 1.9% en contraste con los niños que presentaron sobrepeso en el 9.0% y obesidad 1.0%., Lo que se traduce que la incidencia de sobrepeso y obesidad están por debajo de la media nacional, probablemente por tratarse de una población rural, donde la actividad física es permanente por la caminata, uso de bicicleta, poco uso de transporte público y vehículos. Con mayor índice en las mujeres, en relación a los hombres.

Por los datos obtenidos se requiere reforzar los programas preventivos implementados en el sector salud, para lograr los objetivos esperados, y limitar la comercialización de productos ricos en carbohidratos y conservadores para prevenir enfermedades crónicas degenerativas

La ocupación de los padres existe una diferencia sin significancia estadística, no así en la ocupación de las madres las que se dedican a las labores del hogar tienen hijos dentro percentiles normales en 38.4%, con un índice de sobrepeso de 24.3%. Sin encontrar diferencia significativa ya que las madres que son empleadas sus hijos tienen un índice de sobrepeso de 10.9%, no llega a influir en el estado nutricional de los encuestados porque se quedan al cuidado de otros familiares.

En concomitancia al número de hermanos, los que cuentan con 3 hermanos tienen un índice de sobrepeso de 18.9%; el número de horas empleadas para ver

televisión, los que ven televisión de 3 a 5 horas tienen un índice de sobrepeso de 30.3% en relación a los que ven televisión de 1 a 2 horas 7.3% ya que los últimos prefieren actividades al aire libre.

Por ser una población rural todavía la alimentación suele estar a cargo de las madres, con tendencia a integrar todos los grupos alimenticios, evitando las comidas rápidas ricas en grasas y carbohidratos. Así mismo la actividad física es diaria debido a que se trasladan en bicicletas o caminando disminuyendo los índices de sobrepeso y obesidad.

Fue relevante la funcionalidad familiar en los menores en los que existe una disfunción grave presentan sobrepeso en 17.6%, en la disfunción moderada el 10.9% existe sobrepeso; a diferencia de los que la funcionalidad familiar es adecuada. Una dinámica familiar funcional es relevante para que los índices de sobrepeso disminuyan.

La percepción de la agresión en los infantes encuestados en cuanto a género fue que en los niños con sobrepeso son agredidos pocas veces un 11.5% a diferencia de las niñas que solo el 8.5% presentan agresión. Las agresiones que se suscitaron fueron: ridiculización, intimidación, exclusión social, restricción de la comunicación y en forma esporádica robo y agresiones.

Se cumplió parcialmente con el objetivo general proyectado que era identificar la funcionalidad familiar y la percepción de la agresión en niños obesos de 6 a 12 años, no se tuvo registro de ningún niño obeso pero se realizó con los que de acuerdo a las percentiles estuvieron en sobrepeso, se puede afirmar que las relaciones intrafamiliares son un factor importante, así como la alimentación, el sedentarismo y la genética como causa de sobrepeso u obesidad, partiendo de este punto podemos señalar que pueden ser factores de protección si las acciones se encaminan sobre todo a la educación de las familias y se establecen programas de prevención. Recordemos que una funcionalidad familiar adecuada dentro del seno de la familia crea personas seguras y autosuficientes que difícilmente van a sentir temor ante una situación de agresión independientemente del estado nutricional. Si se deja, que los niños crezcan en un ambiente de

conflicto familiar, los predisponen a otros elementos sociales e individuales de riesgo.

Por último cabe señalar que la familia es la principal formadora de adultos sanos y la principal estrategia para controlar la obesidad es la prevención y el diagnóstico precoz y puede prevenirse en la infancia, los medios de comunicación y la publicidad de los alimentos, constituye una parte importante causante de obesidad necesario de atender paralelamente si se desea modificar los actuales índices de incidencia y prevalencia en el mundo.

Las recomendaciones están encaminadas a la prevención y educación de las familias para así poder incidir en los hábitos de los niños.

## **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.**

Al igual que cualquier otra investigación, ésta tiene sus propias limitaciones que podemos concretarlas en las siguientes:

- En la población de referencia las personas encuestadas no fueron completamente honestas a la hora de realizarle los cuestionarios, por la falta de privacidad.
- La población encuestada puede equipararse con algunos centros educativos privados para hacer la comparación.
- Las limitaciones propias de los instrumentos utilizados, el método de obtención y análisis de la información, a pesar de todas las precauciones que hemos adoptado en su elaboración: índice de fiabilidad, juicio de expertos, análisis a través de pruebas contrastadas, triangulación de métodos y resultados, etc.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	M a r /1 5	A b r /1 5	M a y /1 5	J u n /1 5	J u l /1 5	A g o /1 5	S e p /1 5	O c t /1 5	N o v /1 6	O c t /1 7	M a r /1 7	J u n /1 7	S e p /1 7
Elección del tema	X	X											
Elaboración del protocolo													

## BIBLIOGRAFIA

1. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. "Sobrepeso y Obesidad". Nota descriptiva No. 311, Mayo 2012. <http://www.who.int/es/>.
3. Pauline W.J, Marina V. Intramed; Buyling overweight in school, pediatrics 2014; 134; 47.
4. Gómez FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p. 103-140.
5. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS (Mex)1994;32: 39-43.
6. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch.Med.Fam 2001; 3(4):95-98.
7. Fausto G, J, "Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México", Medigraphic, Vol. VIII, Número 2, Agosto, México, 2006.
8. Rtveldze K, et al., "Obesity prevalence in Mexico: impact on health and economic burden". Public Health Nutr. 2013 Feb 1:1.
9. Valdez-Santiago R. Hajar-Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. Gac Méd Méx 2002; 138(2):159-163.
10. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C: OMS; 2003.
11. Secretaría de Desarrollo Social-Hábitat. Avances de la Evaluación de los Registros Administrativos en Materia de Violencia. México, DF: SEDESOL; 2004.
12. Secretaria de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. México, DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2004.

13. Ortega, Rosario (coord.) (2010). *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar*, Madrid: Alianza Editorial.
14. BUELGA VAZQUEZ, S.; MUSITU OCHOA, G.; MURGUI PÉREZ, S. (2009): " Relations between the social reputation and relational aggression in adolescence, *en IJCHP*, 9 (1) pp. 127-141

## **ANEXOS:**

**ANEXO 1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13 MICHOACAN

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Cotija de la Paz, Mich. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_.

Por medio de la presente  
yo \_\_\_\_\_

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Funcionalidad familiar y percepción de la agresión en niños obesos de la UMF 13” registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número \_\_\_\_\_

**Justificación:** El aumento de la obesidad infantil y en maltrato familiar ha ido en incremento en las últimas décadas

**El objetivo** de este estudio es determinar la repercusión de la funcionalidad familiar en la percepción de la agresión en niños con obesidad.

**Procedimientos:** Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre datos personales como, la edad que tiene, a que se dedica, donde vive, hasta qué grado estudio, si realiza ejercicio, tipo de alimentación, entre otros. Además se tomara el peso y talla de los infantes.

**Posible riesgo y molestias:** Se me ha explicado de los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas, las molestias que se pueden presentar son incomodidad en contestar algunas preguntas.

**Posibles beneficios:** Los beneficios posibles de participar en este estudio es que de encontrarse con este padecimiento podrá hacer cambios en el estilo de vida, evitando complicaciones, que al paso del tiempo requerirán tratamiento más agresivo o enfermedades y así llevar una vida más saludable con mejor calidad.

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:** Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento que mejoren mi calidad de vida.

**Participación o retiro:** He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dra. Solyenitzin Galíndez Albarrán Tel: 354-1082324

Investigador asociado: Dr. Eduardo Ung Medina. Tel: 452 52 98 134

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dr. José Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 52 437 31.

O bien 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: [comisión.etica@imss.gob.mx](mailto:comisión.etica@imss.gob.mx)

---

Nombre y firma del paciente

---

Investigador Responsable

TESTIGOS

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

## APGAR FAMILIAR

N°	Preguntas	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1	¿Esta satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familiar cuando tiene un problema?	0	1	2
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4	¿Está satisfecho (a) con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>				

**0-3 DISFUNCION FAMILIAR GRAVE**

**4-6 DISFUNCION FAMILIAR LEVE**

**7-10 BUENA FUNCION FAMILIAR**

## TEST CISNEROS

SEÑALA CON QUE FRECUENCIA SE PRODUCEN ESTOS COMPORTAMIENTOS EN EL COLEGIO		Nunca 1	Pocas veces 2	Muchas veces 3	A	B	C	D	E	F	G	H	
1	No me hablan	1	2	3									
2	Me ignoran, me hacen el vacío	1	2	3									
3	Me ponen en ridículo ante los demás	1	2	3									
4	No me dejan hablar	1	2	3									
5	No me dejan jugar con ellos	1	2	3									
6	Me llaman por mote	1	2	3									
7	Me amenazan para que haga cosas que no quiero	1	2	3									
8	Me obligan a hacer cosas que están mal	1	2	3									
9	Me tienen manía	1	2	3									
10	No me dejan que participe, me excluyen	1	2	3									
11	Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí	1	2	3									
12	Me obligan a hacer cosas que me ponen malo	1	2	3									
13	Me obligan a darles mis cosas o dinero	1	2	3									
14	Rompen mis cosas a propósito	1	2	3									
15	Me esconden las cosas	1	2	3									
16	Roban mis cosas	1	2	3									
17	Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo	1	2	3									
18	Les prohíben a otros que jueguen conmigo	1	2	3									
19	Me insultan	1	2	3									
20	Hacen gestos de burla o desprecio hacia mí	1	2	3									
21	No me dejan que hable o me relacione con otros	1	2	3									
22	Me impiden que juegue con otros	1	2	3									
23	Me pegan collejas, puñetazos, patadas....	1	2	3									
24	Me chillan o gritan	1	2	3									
25	Me acusan de cosas que no he dicho o hecho	1	2	3									
26	Me critican por todo lo que hago	1	2	3									
27	Se rien de mí cuando me equivoco	1	2	3									
28	Me amenazan con pegarme	1	2	3									
29	Me pegan con objetos	1	2	3									
30	Cambian el significado de lo que digo	1	2	3									
31	Se meten conmigo para hacerme llorar	1	2	3									
32	Me imitan para burlarse de mí	1	2	3									
33	Se meten conmigo por mi forma de ser	1	2	3									
34	Se meten conmigo por mi forma de hablar	1	2	3									
35	Se meten conmigo por ser diferente	1	2	3									
36	Se burlan de mi apariencia física	1	2	3									
37	Van contando por ahí mentiras acerca de mí	1	2	3									
38	Procuran que les caiga mal a otros	1	2	3									
39	Me amenazan	1	2	3									
40	Me esperan a la salida para meterse conmigo	1	2	3									
41	Me hacen gestos para darme miedo	1	2	3									
42	Me envían mensajes para amenazarme	1	2	3									
43	Me zarandean o empujan para intimidarme	1	2	3									
44	Se portan cruelmente conmigo	1	2	3									
45	Intentan que me castiguen	1	2	3									
46	Me desprecian	1	2	3									
47	Me amenazan con armas	1	2	3									
48	Amenazan con dañar a mi familia	1	2	3									
49	Intentan perjudicarme en todo	1	2	3									
50	Me odian sin razón	1	2	3									
					I	A	B	C	D	E	F	G	H
					=	=	=	=	=	=	=	=	=

### ANEXO 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE PROGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13

**INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UNA SERIE DE PREGUNTAS, LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE ELLAS Y RESPONDA CON LA MAYOR HONESTIDAD POSIBLE. ESTE CUESTIONARIO ES ANÓNIMO PERO SI USTED LO DESEA PUEDE ANOTAR SU NOMBRE, ES MUY IMPORTANTE QUE NO DEJE ENUNCIADOS SIN RESPONDER.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**1.- GENERO:**\_\_\_\_\_ **2.-EDAD:**\_\_\_\_\_ **3.-PESO:**\_\_\_\_\_ **4.-**

**TALLA:**\_\_\_\_\_

**4.- IMC: (NO RESPONDER):** \_\_\_\_\_

**5.- A QUE SE DEDICA TU PAPA:**

1) OBRERO

2) CAMPESINO

3) TECNICO

4) PROFESIONISTA \_\_\_\_\_

**6.- A QUE SE DEDICA TU MAMA:**

1) HOGAR

2) EMPLEADA

3) TECNICA

4) PROFESIONISTA \_\_\_\_\_

**7.- VIVES CON:**

1) SOLO MAMÁ

- 2) SOLO PAPÁ
- 3) AMBOS PADRES
- 4) PADRES Y OTROS FAMILIARES

**8.- ¿CUÁNTOS HERMANOS TIENES?**

- 1) NINGUNO      2) UN HERMANO (A)      3) DOS HERMANOS (AS)
- 4) TRES HERMANOS (AS)      5) CUATRO O MÁS HERMANOS (AS)

**9.- ¿CUÁNTAS HORAS VES TELEVISIÓN?**

- 1) NINGUNA
- 2) 1 HORA
- 3) 2 HORAS
- 4) 3 HORAS
- 5) 4 O MÁS HORAS

**10.- ¿LA COMIDA QUE INGIERES ES?**

- 1) INCLUYE FRUTAS Y VERDURAS
- 2) A BASE DE TORTILLAS Y PAN
- 3) INCLUYE CARNES, FRUTAS, VERDURAS, PAN Y TORTILLA

**11.- ¿QUE BEBIDA INGIERE EN FORMA REGULAR?**

- 1) JUGOS NATURALES
- 2) AGUA NATURAL
- 3) AGUA DE FRUTAS
- 4) REFRESCO
- 5) JUGOS ARTIFICIALES ( BOING, JUMEX, DEL VALLE)

**12.- ¿REALIZAS EJERCICIO?**

- 1) SI              2) NO

**13.- ¿QUIEN EN TU FAMILIA TIENE OBESIDAD?**

1) MAMA

2) PAPA

3) HERMANOS

4) ABUELOS

5) AMBOS PADRES