



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 32

GUASAVE, SINALOA



**“INFLUENCIA FAMILIAR SOBRE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS
ESCOLARES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UMF # 18 EL
COLORADO LOS MOCHIS, SINALOA.”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

VAZQUEZ RUIZ CESAR ARMANDO

MAT 99264715

E-MAIL cesararmando_vazquez@hotmail.com

CEL. 6681690177

DOM. Jahuara 2 calle Fco. Fraijo Rochin # 1978 El Fuerte Sin.

GUASAVE, SINALOA 2017



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).

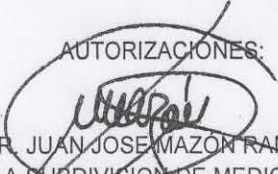
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


**"INFLUENCIA FAMILIAR SOBRE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS
ESCOLARES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UMF # 18 EL
COLORADO LOS MOCHIS, SINALOA."**

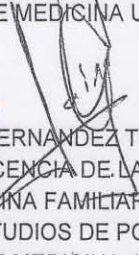
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
VAZQUEZ RUIZ CESAR ARMANDO

AUTORIZACIONES:


DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

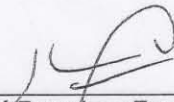

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR, DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No 32
Guasave, Sinaloa
HOJA DE APROBACIÓN



Dr. Martin de Jesús Ahumada Quintero.
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No 32, IMSS
GUASAVE, SINALOA



Dr. José Francisco Espinoza Rubio.
ASESOR DE TESIS



Dr. Edi Samuel Espinoza Astorga.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS



Dr. Omar Iván Durán Gálvez.
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD IMSS HGZ CMF No 32

INDICE GENERAL

1.- Resumen	5
2. - Marco teórico	7
3.- Planteamiento del problema.....	18
4- Justificación.....	20
5.- Objetivos	22
5.1.- General.....	22
5.2.- Específicos General.....	22
6.- Metodología.....	23
6.1.- Tipo de estudio.....	23
6.2.- Diseño de investigación.....	23
6.3.- Población, lugar y tiempo de estudio.....	23
6.4.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	23
6.5.- Criterios de Selección.....	23
6.5.1.- Criterios de inclusión	24
6.5.2.- Criterios de exclusión	24
6.5.3.- Criterios de eliminación	24
6.6.- Variables.....	24
6.6.1.- Tipos de Variables.....	24
6.6.2.- Operacionalidad de variables.....	24
6.7.- Instrumento de recolección de datos.....	29
6.8.- Método o procedimiento para captar la información.....	31
6.9.- Análisis estadístico.....	31
6.10.- Aspectos éticos.....	32
6.11.- Recursos.....	32
6.11.1.- Recursos humanos.....	32
6.11.2.- Recursos materiales.....	32
7. –Resultados	33
8. –Discusión	40
9. –Conclusión	41
10.- Anexos.....	43
11.- Bibliografía.....	50

1.- RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Asociar la influencia familiar sobre la conducta alimentaria de los escolares con sobrepeso y obesidad de la umf # 18 El colorado Los Mochis, Sinaloa.

METODOLOGIA: El presente estudio transversal descriptivo, se realizó en un periodo de 5 meses de noviembre de 2015 a febrero de 2016 encontrando un universo de 248 derechohabientes adscritos a la consulta de medicina familiar en edad escolar, tomándose como muestra a 206 derechohabientes en edad escolar de la UMF Núm. 18 El Colorado, Los Mochis, Sin., que acudieron a consulta durante este periodo de tiempo específico de muestreo, a los cuales se les aplicó una entrevista para identificar sexo, edad, nivel socioeconómico, conducta alimentaria y estado nutricional. Se aplicaron dos instrumentos de valoración familiar como son APGAR y FACES III.

RESULTADOS: Como podemos apreciar el primer parámetro evaluado en el presente estudio se encontró un mayor porcentaje de escolares con sobrepeso, sin embargo persiste la presencia de obesidad y un mayor porcentaje de escolares eutróficos. De igual manera se encontraron escolares con bajo peso pero sin presencia de desnutrición y riesgo de la misma.

Los resultados indican que a pesar de que los escolares padecen sobrepeso y obesidad y si bien es cierto que tienen algún grado de disfunción familiar en el presente estudio predomina la funcionalidad con una adecuada comunicación y resolución de problemas familiares. Los escolares estudiados con ocupación materno hogar lo que difiere un poco con estudios previos en donde se ha visto que la ocupación de la madre fuera de casa es causante con más frecuencia de obesidad que en las familias que en donde la madre se encuentra en el hogar, ya que en el presente estudio aunque la mayoría de las mamás están de tiempo completo en casa podemos observar que algo está pasado con respecto a los hábitos alimenticios y actividades de recreación. Si bien los escolares no han llegado a una educación profesional en este momento cuentan con información necesaria acerca de los hábitos higiénicos dietéticos y a pesar de que no cuentan con la madurez necesaria tienen la

capacidad de aprendizaje y educación por lo que es pertinente que ellos se acerquen a recibir toda esta información o que las instituciones de salud hagan hincapié en todos los medios de difusión para prevenir y modificar el sobrepeso y obesidad y con esto la funcionalidad familiar.

CONCLUSIONES: El presente estudio de investigación identifico que no hay una diferencia significativa en la funcionalidad familiar de los escolares con sobrepeso y obesidad con los eutróficos en comparación con investigaciones previas. Ya que aparentemente en ambas partes hay una buena comunicación y apoyo así como cohesión.

2.- MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS

De acuerdo a los datos establecidos por la ENSANUT 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños es de 36.9%. Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5,664, 870 niños con sobrepeso y obesidad a nivel nacional. En 1999, 26.9% de los escolares presentaban sobrepeso y obesidad, esta prevalencia incremento a 34.8%. El análisis de tendencias de 2006 a 2012 indica que no han aumentado significativamente estas cifras, manteniéndose sin cambios, solo se observan algunas variaciones por sexo (1).

En un estudio realizado por Domínguez-Vásquez 2012;(58):249-255 En Chile se realizó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico donde el objetivo principal era determinar la influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil de 5 a 11 años de edad donde se concluyó que la influencia de los progenitores sobre sus hijos siendo la mama la que ejerce una influencia importante en el peso y son más consiente respecto a la conducta alimentaria en relación con la del papá quien solo ejerce un rol impositivo sobre las conductas alimentarias (2).

Por otra parte Nutr Hosp. 2012;(1):177-184 En Granada España se realizó un estudio de investigación tipo descriptivo, transversal y multicéntrico donde el objetivo principal era determinar la influencia de la familia y la relación directa entre el estado nutricional de los hijos y la persona que elabora el menú familiar realizado en pacientes de edad de 5 a 11 años donde concluyeron que la influencia de la familia estadísticamente significativo, y en el caso de quien elabora el menú familiar muestran una asociación significativamente entre la persona encargada de elaborar el menú y en estado nutricional de los hijos.(3)

Así mismo la Rev. Méd. IMSS 2014; 52 (Supl 1):S74-S77 En México en unidad de medicina familiar en Ciudad Obregón, Sonora. Se realizó estudio de investigación del tipo cuasi-experimental en escolares de 6 a 12 años de edad donde el objetivo principal fue

intervención familiar para el manejo de sobrepeso y obesidad en escolares llegando a la conclusión que es básica la intervención familiar para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en escolares.(4)

De la misma manera Nájera Rivas 2014 En México. Se realizó un estudio de investigación de tipo transversal, analítico y observacional donde el objetivo principal era obesidad en niños de 6 a 9 años de edad factores socioeconómicos demográficos y disfunción familiar donde se concluyó no identificando asociación familiar entre disfunción familiar y obesidad, pero hubo más familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en los niños obesos. Es necesario aclarar si estas alteraciones propician un ambiente obesógeno (5).

Familia:

La familia son un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por nacimiento, luego por crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de la vida familiar.

Concepto de Familia

Real Academia de la Lengua Española: El diccionario de la Lengua española señala que por familia se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Numero de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (6).

Familia ONU: Comprende las personas que forman un hogar privado tales como esposos o

un padre o madre con un hijo no casado o en adopción. Puede estar formado por una pareja casada o no casada con uno o más hijos no casados o también estar formada por uno de los padres con un hijo no casado.

Familia Derecho civil: Señala que la familia es el conjunto de personas entre las cuáles existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación.

Familia OMS: Señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Se ve a la familia como el grupo en que la mayoría debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma (7)

Familia Censo canadiense: En Canadá, los censos de 1941, 1951 y 1961, definieron a la familia como aquella que consiste en un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo (8 y 21).

Censo estadounidense: En la definición de Estados Unidos de 1950 y 1960, se reconoció como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o por adopción. Aquí se nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o más personas relacionadas por sangre que vivan bajo el mismo techo (9)

Definición sociológica según Bottmore: La define como un grupo social primario de la sociedad, de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, y dota a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas (10).

Definición psicológica (1968): Es una serie de relaciones dialécticas que, al partir de la oposición de la personalidad, tiende a superarla en una nueva dialéctica de autoridad y amor; esta nueva dialéctica, a su vez puede resolver en independencia para los hijos, y a su vez esa independencia tiende hacia la responsabilidad personal (nueva pareja) que

dialécticamente se afirmara o negara en creación.

Familias según su composición:

A) Nuclear: Aquella familia constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos; sin dejar duda a la composición de este tipo de familias, tal vez es la más conocida y mencionada.

B) Extensa o extendida: Se refiere a la familia conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela materna o paterna, tíos, primos, sobrinos, etc.). Tal vez lo único que habría que mencionar es el hecho de considerar a otros familiares consanguíneos directos que viven en el seno de la familia, lo cual también predetermina la dinámica familiar de estas familias.

C) Extensa compuesta: Es la familia compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos). Esto proporciona algunas particularidades a estas familias en la constitución de su dinámica familiar. Esta clasificación es tal vez la más conocida y aplicada en todos los ámbitos del estudio de la familia. Y ha dado pie a crear nuevas clasificaciones en el estudio de la familia (11 y 23).

Funciones de la Familia

Una de las principales características que distingue a la familia es su capacidad de integrar múltiples funciones en una única fórmula de conciencia. Todas las funciones se pueden realizar en sus diferentes enfoques, según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales, de las que se desprende cada una de ellas.

La familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.

El comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades:

Fisiológicas: aire, agua, alimentos, sexualidad, seguridad: Orden, normas a guiar los propios actos. Sociales: amor, afecto, sentimiento de pertenencia y contacto humano. Estima: respecto a uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás. Realización personal: satisfacción de la capacidad personal.

Funciones específicas :

1.- Asegurar subsistencia: Protección bio psico-social. (Abrigo, alimento, seguridad física; incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.)

2.- Afecto: Promover el afecto, la unión y la solidaridad social, para mantener la capacidad de relación.

3.- Socialización: Favorecer el desarrollo de identidad personal, asegurar la integridad Psíquica. Moldear el rol sexual. Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa.

4.- Reproducción: Proporcionar nuevos miembros con el fin de garantizar la supervivencia de la especie.

5.- Estatus: Determinar posición sociocultural. Perpetuar tradiciones miembros más viejos a los jóvenes.

Familia Según su Funcionalidad

Familias funcionales:

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de

acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

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. El buen funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud entre sus miembros.

Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresado este en una mejor atención de problemas relacionales y de dinámica familiar en sus diferentes áreas, según sus interacciones personales. Es posible considerar a una familia funcional después de la aplicación de alguno de los instrumentos para evaluar dicha funcionalidad familiar (12).

Familias Disfuncionales

Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se les tiene asignadas. Debemos entender que para poder clasificar a la familia de esta forma hay que tener en claro el estudio de la dinámica familiar y la aplicación de los instrumentos para valorar la funcionalidad familiar, es decir, debemos contar con un diagnóstico familiar concreto. Hay que tomar en cuenta que la funcionalidad familiar (como concepto y como nivel de análisis) dependerá de la forma en cómo los autores consideren a una funcional, ya que además para catalogarla como tal debe haber pasado por la aplicación de algún instrumento de valoración de la funcionalidad familiar como el Apgar (anexo 1), Mac Máster, El Faces III (anexo 2), etc.

La forma en que se estructuran las familias son numerosas y diferentes, teniendo como extremos a las familias piramidales por un lado y las circulares por el otro, de acuerdo a la distribución de las comunicaciones y el poder.

El modelo piramidal son los autocráticos de poder, donde el padre está colocado en la cima

de la pirámide. Por debajo de él en un segundo estrato se encuentra la madre con el rol de “brazo ejecutor” de las órdenes emanadas de arriba y vehículo de las necesidades de los hijos.

Por otro lado en modelo circular, la autoridad y el poder se han diluido y son ejercidos por el acuerdo de todo el núcleo, pudiendo cualquiera de sus integrantes ser el iniciador de conductas familiares (13 y 24)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado de manera significativa en el mundo. Por lo cual se considera una prioridad de salud pública la detención de su progresión en la niñez. Los principales factores de riesgo que explican la obesidad son, además de la carga genética, el estilo de vida sedentario y mayor consumo de energía en la dieta. Otros asociados son los siguientes:

- Antecedente de obesidad en los padres o familiares.
- Peso bajo al nacimiento o macrosomía fetal asociado con diabetes materna.
- Hijo único.
- No haber sido alimentado al seno materno.
- Malos hábitos de alimentación relacionados con el consumo excesivo de carbohidratos grasas totales, grasas saturadas, azúcares simples, refrescos embotellados, tanto en el niño como en su familia.
- Sedentarismo, exceso de permanencia frente al televisor y falta de práctica de actividades deportivas.

Un desequilibrio crónico entre ingestión y gasto energético de apenas 1% puede producir una acumulación excesiva de grasa. Así mismo, se ha observado que el sobrepeso y la obesidad en un niño pueden impactar su salud física y psicológica a corto, mediano y largo

plazo, siendo así que, padecimientos como hiperlipidemia, hipertensión y tolerancia anormal a la glucosa ocurran con mayor frecuencia en esta etapa. (14).

En base a los conceptos establecidos por la OMS se considera sobrepeso si se encuentra entre el percentil 85-95 para la edad y sexo y obesidad sobre el percentil 95, basado en las estándares (15), (anexos 3 y 4).

El método diagnóstico de obesidad más utilizado en la actualidad es el índice de masa corporal, denominado también índice de Quetelet, definido como el cociente entre el peso (kg) del individuo y su talla (mt) elevado al cuadrado.

Desde 1997 la OMS definió sobrepeso como IMC mayor de 25 y obesidad como IMC mayor de 30. A la fecha se ha recomendado al IMC como el indicador de elección para evaluar obesidad en niños y adolescentes de 2 a 19 años, el motivo es porque expresa la relación entre el peso y la estatura como una razón, tiene una correlación fuerte con el porcentaje de grasa corporal.

En el área pediátrica se considera sobrepeso si se encuentra entre el percentil 85 – 95 para la edad y sexo y obesidad sobre el percentil 95, basado en los estándares desarrollados por la OMS/NCHS. En los últimos años el IMC ha cobrado utilidad en el campo de pediatría, se ha demostrado que tener un IMC elevado es indicativo de sobrepeso u obesidad entre los 7 a 13 años incrementando así el riesgo de enfermedades coronarias en la edad adulta (8).

La obesidad puede clasificarse en exógena y secundaria. La exógena o esencial, es la más frecuente y representa el 95% de todos los casos de obesidad infantil. La secundaria o sindromática forma parte de la sintomatología de una enfermedad conocida y corresponde al 5%. Desde el punto de vista cuantitativo la obesidad se clasifica en "androide" y "ginecoide". La primera, llamada también visceral, central o tipo "manzana", tiene como característica que el acumulo de grasa es a nivel troncal o central. La segunda, llamada

también obesidad periférica o tipo "pera", presenta la grasa a nivel periférico preferentemente en la cadera y en la parte superior de los muslos.

Como se ha mencionado la obesidad es multifactorial en ella influyen factores genéticos y ambientales, entre estos últimos la convivencia en el seno familiar podría favorecer el desarrollo de obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes lo que conlleva al desarrollo de un ambiente obesógeno.

El aumento de la prevalencia en la obesidad y su creciente importancia dentro del perfil epidemiológico en América Latina, hace necesaria la actualización sobre tópicos aún poco conocidos como las influencias familiares en la conducta de alimentación y las evidencias existentes sobre la relación entre la conducta alimentaria familiar y la obesidad infantil.

La alimentación es un fenómeno complejo que está basado en las siguientes premisas:

- a) Es una “necesidad biológica” que impulsa la búsqueda de alimento en respuesta a un conjunto de señales hormonales periféricas reguladas por el sistema nervioso central;
- b) Es una “fuente de placer” que orienta la selección de alimentos y su consumo según sus características organolépticas;
- c) Está basada en “pautas socioculturales” que determinan el patrón de consumo de alimentos superponiéndose a los impulsos fisiológicos;
- d) Es un “hecho social” que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura;
- e) Es “producto del entorno social” y constituye un rasgo característico de la cultura local;
- f) Es una “interacción de influencias” ambientales, cognitivas, fisiológicas y socioculturales (9, 10,11).

Los estudios sobre la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indican que éstos variadas estrategias a la hora de la comida en relación a la alimentación de los niños: actitud neutral, presión-exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionados con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de los hijos (12,13). Estas estrategias de los progenitores son recibidas, interpretadas y traducidas por los niños en una amplia gama de conductas relacionadas con la alimentación (12,14). Se ha sugerido que los indicadores nutricionales en el niño (consumo de alimentos y estado nutricional) pueden ejercer su efecto, tanto como resultado final y como causa de la conducta de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos.

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 niños. En recientes investigaciones se ha observado la asociación entre obesidad en la edad pediátrica y diversas enfermedades. La realidad es que un niño con sobrepeso u obesidad que no es tratado persistirá con el problema hasta la vida adulta, resultando con enfermedades crónicas, asociadas a hipertensión arterial, dislipidemia, aterosclerosis, morbilidad cardiovascular, DM2 y otras. Existen ciertas complicaciones durante la niñez, las podemos clasificar en:

INMEDIATAS.- Alteraciones ortopédicas, pie plano, resistencia a la insulina, incremento de andrógenos, aumento del colesterol, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos.

MEDIATAS.- en un lapso de 2 a 4 años posterior al inicio de la obesidad se incrementa el riesgo de hipertensión arterial, hipercolesterolemia (2 a 4 veces más), lipoproteínas de baja densidad altas (3 veces más) lipoproteínas de alta densidad bajas (8 veces más).

TARDIAS.- Si persiste hasta la edad adulta se tendrán incidencias y prevalencias altas de enfermedades coronarias, hipertensión vascular, enfermedad renal vascular, aterosclerosis, artritis, ciertas neoplasias lo que elevan la morbilidad y mortalidad en la vida adulta (15).

Dentro de las comorbilidades de obesidad en la edad pediátrica, está la apnea del sueño, esteatosis no alcohólica, colelitiasis, reflujo gastrointestinal y síndrome de ovario poliquístico (16).

En aquellos niños que presentan obesidad una de las áreas de mayor problemática reportada es la psicosocial. Actualmente en la mayoría de las culturas la gente obesa se asocia con un estereotipo negativo el cual es expresado por los niños desde los cinco años de edad (17).

La interacción familiar es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica. Existen estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores.

Por otra parte, los niños escolares son considerados los miembros más vulnerables a la influencia de un ambiente familiar “obesogénico” y a la del medio social intrafamiliar, principalmente alrededor de la escuela, que propicia el consumo de productos con escaso valor nutricional. Lo anterior es causa de morbilidad como las diferentes formas del síndrome de mal nutrición, particularmente desnutrición crónica, las deficiencias de micronutrientes (la anemia por deficiencia de hierro) y la obesidad, problemas prioritarios de salud pública en México.

De la misma manera se ha observado que el desarrollo de obesidad en niños se encuentra asociada a la conducta alimentaria influenciada por la misma familia. Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad (18).

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2013 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los símbolos afectivos y las tradiciones culturales. Además de las influencias sociales, se ha señalado que las influencias genéticas y de ambiente familiar compartido, tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil.

La edad escolar es una etapa de la vida marcada por importantes cambios en los hábitos alimenticios, es una época de poca conciencia sobre la salud o los buenos hábitos. De los muchos aspectos que hay que cuidar en esta etapa la alimentación cobra una especial importancia, ya que la mayoría de los escolares desconoce que la dieta que tenga el día de hoy repercutirá en la salud de mañana, a esto hay que sumar que esta es la edad en la que se empieza a ser independiente, a tener disposición de tomar decisiones y evidentemente, estas no siempre son acertadas.

El consumo inadecuado de alimentos en edad escolar va en aumento, las causas son variadas, la influencia de los compañeros, enfermedades, tendencias sociales y los mensajes de los medios de comunicación. Estos dos últimos cobran una gran importancia por el estilo

de vida actual en lo cual la preparación y la selección de alimentos que favorecen la ingestión de comidas rápidas (por falta de tiempo) y con mayor cantidad de calorías, colesterol y grasas. Por lo tanto la independencia aumentada por una mayor participación social y sus horarios más ocupados influyen en la selección de alimentos y en sus hábitos, la mayoría suele comer fuera y con rapidez.

Es preocupante saber que la mayoría de los escolares tengan un consumo bajo de verduras, frutas o cereales con un aumento en el consumo de comida chatarra o rápida, sumada a bebidas azucaradas con alto contenido energético. La selección inadecuada de alimentos y menor actividad, predisponen al niño a padecer enfermedades como el sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial diabetes mellitus entre otras, que afectaran directamente su salud, disminuyendo la cantidad y calidad de años por vivir.

En los marcos de las observaciones anteriores surge la siguiente interrogante ¿“cuál es la relación de la influencia familiar sobre la conducta alimentaria de los escolares con sobrepeso y obesidad de la umf # 18 El colorado Los Mochis, Sinaloa”?

4.- JUSTIFICACION

La prevalencia de la obesidad infantil se ha incrementado dramáticamente. Se calcula que actualmente hay 450 millones de personas con obesidad en el mundo, y el doble o el triple de personas con sobrepeso. En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, de 2013, la prevalencia de sobrepeso aumentó el doble en niños de 6 a 11 años y el triple en adolescentes de 12 a 17 años, con mayor predisposición en hispanos, indios Pima y otros nativos americanos. Entre los países en vías de desarrollo se ha observado mayor prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad en el medio oriente, el norte de África, Latinoamérica y el Caribe. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 11 años fue de 36.9 % y en niñas de 23.2 %.

En los últimos años se ha despertado un gran interés por estudiar el rol de la familia en la salud del individuo. El estudio de la familia y la adolescencia es amplio y de gran importancia sobre todo cuando se trata de problemas de salud. Uno de los principales problemas durante esta etapa son las conductas alimentarias no adecuadas. Diversos estudios muestran como las condiciones sociales, económicas y culturales afectan el estado nutricional de niños y adolescentes. Es por ello que es importante conocer los factores que intervienen en las conductas alimentarias en este grupo de edad no solo por que atraviesan por una etapa de crecimiento acelerado, sino también por que empiezan a tomar decisiones que pueden perjudicar su salud.

Por otro lado la familia constituye la mayor influencia sobre las prácticas alimentarias porque afecta los patrones alimentarios por dos vías: provee los alimentos e influencia en las actitudes alimentarias, preferencias y valores que determinan los hábitos alimentarios en el transcurso de la vida. Los progenitores influyen el contexto alimentario en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación aplicados por estos están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños y adolescentes durante la comida.

Por lo tanto es importante identificar qué factores familiares y socioculturales pueden estar asociados a la mala alimentación en las etapas tempranas de la vida, tema que representa el propósito de este estudio. Los resultados contribuirán a implementar intervenciones para la prevención de los grupos en riesgo y promoción de estilos saludables de vida en esta población. Ya que la información de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para prevenir enfermedades futuras y promover la salud.

Esto hace necesario, que además de educar a los escolares en los correctos hábitos, debe tratarse e informarse a la familia para que desde ella también surjan los cambios necesarios en favor de un mejor estado de salud.

Por lo tanto es necesario identificar qué factores familiares y socioculturales pueden estar asociados a la mala alimentación en las etapas tempranas de la vida, tema que representa el propósito de este estudio. Los resultados contribuirán a implementar intervenciones para la prevención de los grupos en riesgo y promoción de estilos de vida saludables en esta población. Ya que la información de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para prevenir enfermedades futuras y promover la salud de la población en riesgo.

5.- OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Asociar la influencia familiar sobre la conducta alimentaria de los escolares con sobrepeso y obesidad de la umf # 18 El colorado Los Mochis, Sinaloa.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Pesar, medir y estimar el grado nutricional de acuerdo al uso de percentiles en la población de niños de 6 a 12 años.
- 2.-Describir la influencia de la familia sobre la conducta alimentaria de los escolares con sobrepeso y obesidad en la población de niños de 6 a 12 años.
- 3.-Identificar los hábitos alimenticios de la población de niños de 6 a 12 años.
- 4.-Analizar los hábitos de actividad física de la población de niños de 6 a 12 años.
- 5.-Identificar los factores de riesgo (antecedentes hereditarios/obesidad) relacionados con el sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 12 años.
- 6.-Registrar tipología familiar; medir APGAR familiar; FACES III en la familia de niños de 6 a 12 años.
- 7.-Relacionar las conductas alimentarias de los escolares con las características familiares como tipología familiar, dinámica familiar, satisfacción familiar y funcionalidad familiar.

6.- METODOLOGIA.

6.1 Tipo de estudio.

Encuesta descriptiva.

6.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Este tipo de estudio se realizó de acuerdo a su finalidad observacional, descriptiva, de acuerdo a su secuencia temporal es de corte transversal, y de acuerdo al periodo donde se capta la información es prospectivo.

6.3 Población, lugar y tiempo de estudio.

Derechohabientes con sobrepeso y obesidad específicamente niños en edad escolar de 6 a 12 años que acudieron a consulta de la umf # 18 El Colorado Los Mochis, Sinaloa durante el periodo de noviembre 2015 a febrero del año 2016.

6.4 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Población total de 248 derechohabientes en la unidad de la umf # 18 El Colorado Los Mochis, Sinaloa en edad escolar de 6 a 12 años de edad.

Muestra derechohabientes que acudan a consulta con sobrepeso y obesidad de la unidad de la umf # 18 El Colorado Los Mochis, Sinaloa.

6.5 Criterios de selección.

6.5.1 Criterios de inclusión.

Los padres derechohabientes de los niños de 6 a 12 años que acepten participar con consentimiento informado al momento de responder a la encuesta (anexo 6).

6.5.2 Criterios de exclusión.

Derechohabientes sin sobrepeso y obesidad.

Derechohabientes con sobrepeso y obesidad que sus papas o tutor no acepten participar.

6.5.3 Criterios de eliminación.

Encuestas con datos incompletos.

6.6 Variables.

6.6.1 Definición de variables.

-Variables dependientes: Conducta alimentaria.

- Variable independiente: Funcionalidad familiar, adaptabilidad y cohesión familiar (apgar, faces III), satisfacción, tipología familiar, edad, sexo, índice de masa corporal, características sociodemográficas, percepción del estado de salud.

6.6.2 Operacionalización de variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
a) DEPENDIENTE			
CONDUCTA ALIMENTARIA	Conjunto de acciones que establecen las relaciones del ser humano con los alimentos	Se midió a través de un cuestionario de tres preguntas 1.- frecuencia de comida fuera de casa 2.- frecuencia de consumo de refrescos 3.- frecuencia de consumo de alimentos chatarra.	Cualitativa ordinal.
b) INDEPENDIENTE			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Se midió con el instrumento de funcionalidad familiar y se calificara en funcional y disfuncional.	CUALITATIVO A NOMINAL DICOTOMICO

<p>ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR (TERCERA PRESENTACION, FASES III)</p>	<p>1.- Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo</p> <p>2.- Cohesión: Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia</p>	<p>Cohesión: 1.- se considera de 10 a 34 familia no relacionada. 2.- de 35 a 40 semirrelacionada. 3.- de 41 a 45 relacionada. 4.- de 45 a 50 aglutinada.</p> <p>Adaptabilidad: se considera de 10 a 19 familia rígida. De 20 a 24 estructurada. De 25 a 28 flexible. De 29 a 50 caótica.</p>	<p>CUALITATIV A NOMINAL</p>
<p>SATISFACCION</p>	<p>Es la percepción global del sujeto respecto a su</p>	<p>Satisfecho con la situación actual de su familia más de</p>	<p>CUALITATIV A NOMINAL</p>

	situación familiar.	70 puntos. Insatisfecho con la situación actual de su familia: menos de 70 puntos.	DICOTOMIC A
TIPOLOGIA FAMILIAR	Hace referencia a determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto y se identifica en los ítems 10 a 17.	En base a su parentesco las familias se identifican en nuclear (papa, mama e hijos) reconstruida (padre y madre donde alguno tiene hijos de una relación anterior), monoparentales (padre o madre con hijos) y compuestas (padre, madre, hijos más otra persona con o sin parentesco).	CUALITATIV A NOMINAL

EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se midió con el interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento.	CUANTITATIVA DE RAZÓN
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino o femenino	Se observó directamente al escolar.	CUALITATIVA NOMINAL
PERCENTILES	Las percentiles es una medición para calcular desnutrición, peso ideal, sobrepeso y obesidad para la edad y sexo.	Se considera sobrepeso si se encuentra sobre el percentil 85-95 para la edad y sexo; y obesidad sobre la percentil 95, basado en los estándares desarrollados para OMS/NCHS	CUANTITATIVA ORDINAL

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Características de nivel sociocultural de los padres, lugar de residencia	Se midió a través de preguntas: 1.- en que municipio colonia o población. 2.- Grado escolar y ocupación del padre y grado escolar y ocupación de la madre.	NOMINAL(ocupación) ORDINAL (grado de estudio y ocupación) NOMINAL (municipio o delegación)
PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD	Auto evaluación subjetiva del escolar sobre su salud	Se midió mediante pregunta específica para ello dentro del cuestionario con percepción del estado de salud por medio de una escala visual análoga de 10 puntos.	CUALITATIVA ORDINAL

6.7 Instrumento de recolección de datos.

La obtención de datos se realizó cuando los niños en edad escolar que acudieron a atención médica por algún motivo en el consultorio del departamento de consulta externa de medicina familiar en la umf # 18, El Colorado Los Mochis, Sinaloa.

Se aplicaron 2 tipos de encuestas directamente a pacientes en edad escolar con sobrepeso y obesidad. Test de Apgar Familiar (anexo 2) y Faces III (anexo 3).

Los instrumentos son fáciles de aplicar y simple de evaluar. Puede ser administrado en forma individual, así como por parejas o familias cuando acuden a terapia, o cuando las familias participan en un proyecto de investigación. También puede ser utilizado en grupos grandes, o a familias enviado por correo.

La persona seleccionada debe leer por si misma el cuestionario, no obstante se pueden aclarar dudas en relación al significado de palabras o aseveraciones evitando sugerir respuestas.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, y la de adaptabilidad de la suma de los pares.

APGAR FAMILIAR: Es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar (anexo 2).

Se califica como:

Familias altamente funcionales quienes obtengan de 7 a 10 puntos

Familias moderadamente funcionales quienes obtengan de 4 a 6 puntos

Familias severamente disfuncionales quienes obtengan de 0 a 3 puntos

FACES III: Instrumento desarrollado por David H. Olson en 1985.

Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar (anexo 3).

ADAPTABILIDAD: habilidad de un sistema para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

COHESIÓN: Grado de vinculación emocional que tiene los miembros de los sistemas familiares entre sí; así como el grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

COMUNICACIÓN: La comunicación favorece el mantenimiento óptimo de la cohesión y adaptabilidad.

Se califica como:

	Cohesión:	Adaptabilidad:
Nunca 1		
Casi nunca 2	No relacionada 10-34 puntos	Rígida 10-19 puntos
Algunas veces 3	Semi relacionada 35-40 puntos	Estructurada 20-24 p.
Casi siempre 4	Relacionada 41-45 puntos	Flexible 25-28 puntos
Siempre 5	Aglutinada 46-50 puntos	Caótica 29-50 puntos

6.8 Método o procedimiento para captar la información.

Se acudió al área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) previa autorización del director, para solicitar información estadística sobre los derechohabientes en niños de edad escolar.

6.9 Análisis estadístico.

Se realizó el vaciado de las variables a una base de datos, posteriormente se procesó y se obtuvo el análisis e interpretación de las variables por medio del programa estadístico SPSS 13, con el cual se obtendrán frecuencias, porcentajes para variables nominales y ordinales, para las variables numéricas se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión.

Se calculó los OR para ver asociación, se realizara prueba no paramétrica X² se consideró significativo $p < 0.05$.

6.10 Aspectos éticos:

Para la realización del presente estudio solicitamos la participación de niños en edad escolar de 6 a 12 años; se solicitó la autorización y asentamiento del sujeto en estudio, así como el de su padre o tutor en el formato de consentimiento informado.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; esta investigación es considerada como una investigación de riesgo mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigación con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificables, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito.

6.11.- Recursos.

6.11.1.- Recursos humanos:

- Médico responsable del proyecto.
- Personal del departamento de archivo clínico y sector técnico.
- Asesor estadístico.

6.11.2.- Recursos materiales.

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumas y lápiz.
- Borradores.
- Copias.

- Equipo de cómputo e impresión:

7.- RESULTADOS.

El presente estudio transversal descriptivo, se realizó en un periodo de 5 meses de noviembre de 2015 a febrero de 2016 encontrando un universo de 248 derechohabientes adscritos a la consulta de medicina familiar en edad escolar, tomándose como muestra a 206 derechohabientes en edad escolar de la UMF Núm. 18 El Colorado, Los Mochis, Sin., que acudieron a consulta durante este periodo de tiempo específico de muestreo, a los cuales se les aplicó una entrevista para identificar sexo, edad, nivel socioeconómico, conducta alimentaria y estado nutricional. Se aplicaron dos instrumentos de valoración familiar como son APGAR y FACES III.

Con respecto al grado de obesidad basado con el uso de las percentiles para edad y sexo de los escolares fue en la mayoría sobrepeso (percentil 85 - 95) con una frecuencia de 65 escolares (31.5%) y solo 25 cursaban con obesidad grado I (percentil 95), (12.3%); ningún paciente cursó con obesidad grado II y III. (GRÁFICO 1)

Con respecto a la edad y género de los escolares con 111 mujeres (53.8%) y 95 hombres (46.1 %), donde la población en estudio con sobrepeso y obesidad corresponda a 90 escolares, correspondiendo el 48.6% a mujeres y el 41.4% a hombres; de los cuales los dividimos por edades, 6 años 39 escolares (18.9%), 7 años 43 (20.8%); 8 años 37 (17.9%); 9 años 29 (14.0%); 10 años 30 (14.5%) y 11 años 28 (13.9%) (GRAFICO 2 Y 3).

Con respecto a su conducta alimentaria con frecuencias de comida fuera de casa de uno a dos días 75 escolares (83.3%), de 3 a 4 días, 12 (13.3%), de 5 a 6 días, 2 (2.2%), de 7 días, 1 (1.2%). Con frecuencia de consumos de refrescos de 1 a 2 días, 8 escolares (8.8%), de 3 a 4 días, 4 (4.4%), de 5 a 6 días , 13 (14.4%), de 7 días, 65 (72.4%). Con frecuencia de comida chatarra de 1 a 2 días, 6 escolares (6.6%), de 3 a 4 días 9 (10.0%), de 5 a 6 días, 36 (40%), de 7 días, 39 (43.4%). (GRAFICO 4)

Con respecto a su estado de salud con una evaluación subjetiva por medio de una escala visual analógica de 10 puntos máximos para un excelente estado de salud. 6 años de 6 a 7 puntos, 1 (0.4%), de 8 a 9 puntos, 8 (3.2%), de 10 puntos, 30 (14.56%), de 7 años de 8 a 9 puntos, 3 (1.4%), con 10 puntos, 40 (19.4%), de 8 años con 8 a 9 puntos, 1 (0.4%), con 10 puntos, 36 (17.4%), de 9 años con 10 puntos, 29 (14.0%), de 10 años con 8 a 9 puntos, 2 (0.9%), con 10 puntos, 28 (13.5%), de 11 años de 8 a 9 puntos, 1 (0.4%), con 10 puntos, 27 (13.1%). (GRAFICO 5)

Con respecto a la funcionalidad familiar de los escolares con sobrepeso y obesidad encontramos que la familia altamente funcional con 7 a 10 puntos 188 (91.2%), familia moderadamente funcional, 16 (7.76%) y familia severamente disfuncional, 2 (1.1%). (GRAFICO 6)

Con respecto a la cohesión no relacionada de 10 a 34 puntos, 5 (2.4%), semi relacionada de 35 a 40 puntos, 28 (13.5%), relacionada de 41 a 45 puntos, 141 (68.4%) y aglutinada de 45 a 50 puntos, 32 (15.5%). (GRAFICO 7)

Con respecto a la adaptabilidad rígida de 10 a 19 puntos, 10 (4.8%), estructurada de 20 a 24 puntos, 112 (54.3%), flexible de 25 a 28 puntos, 76 (36.8%) y caótica de 29 a 50 puntos, 8 (4.18%). (GRAFICO 8)

Con respecto al nivel de satisfacción, satisfecho mayor de 70 puntos, 202 (98.0%) e insatisfecho menor de 70 puntos, 4 (2%) (GRAFICO 9)

Con respecto a la tipología familiar, nuclear, 178 (86.4%), reconstruída, 4 (1.9%), monoparental, 8 (3.8%), compuesta, 16 (7.9%) (GRAFICO 10)

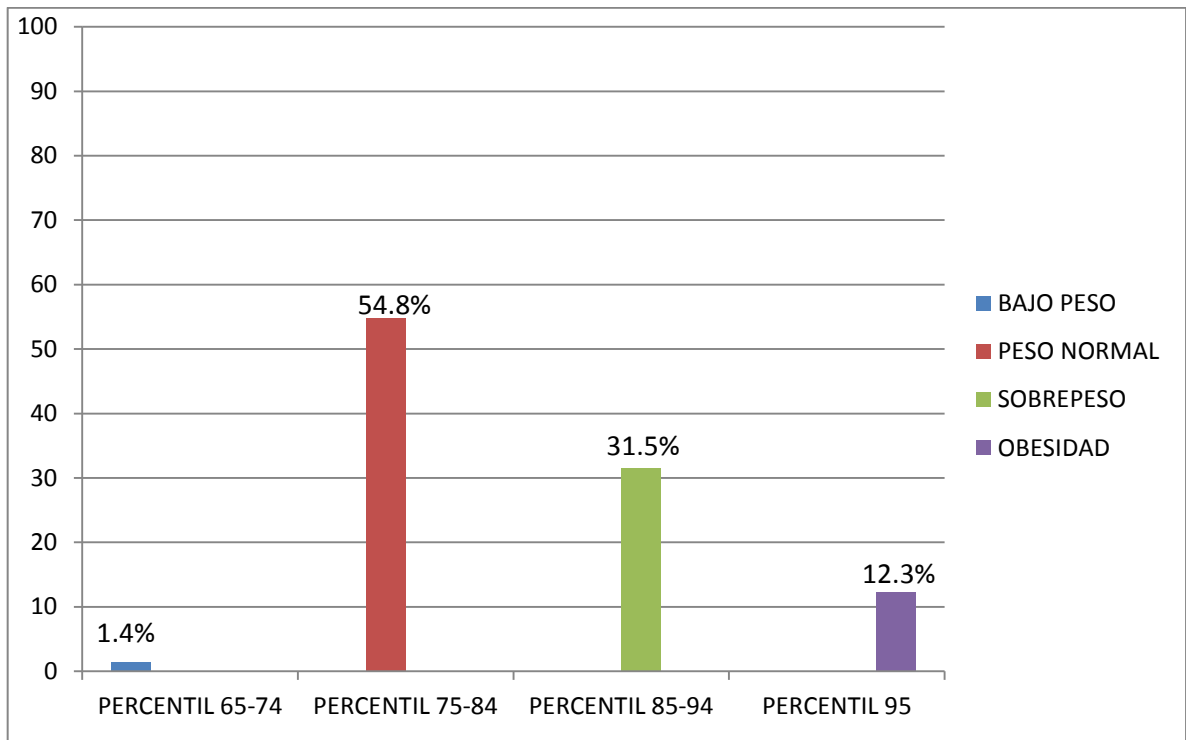


GRAFICO 1 Estado nutricional.

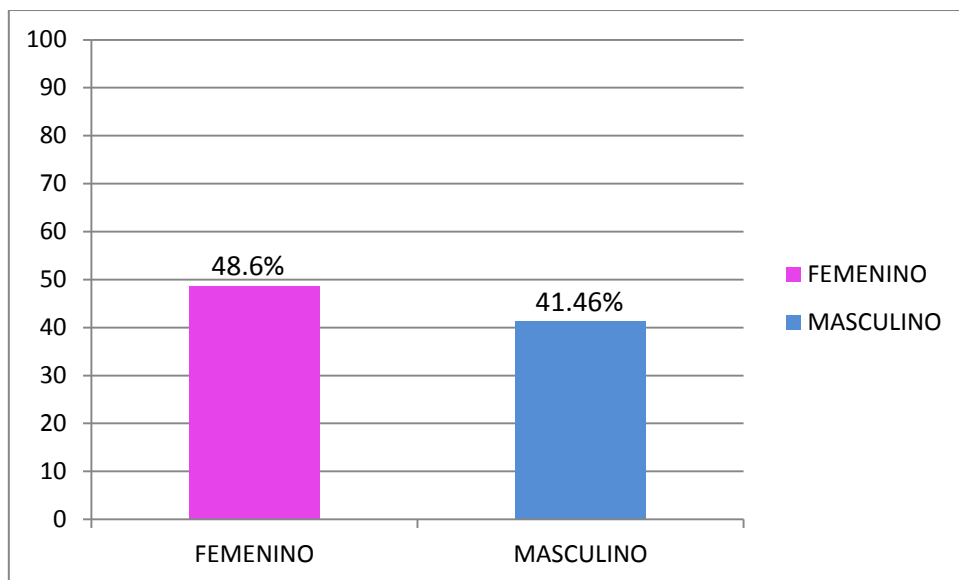


GRAFICO 2. Sexo con Obesidad y Sobrepeso

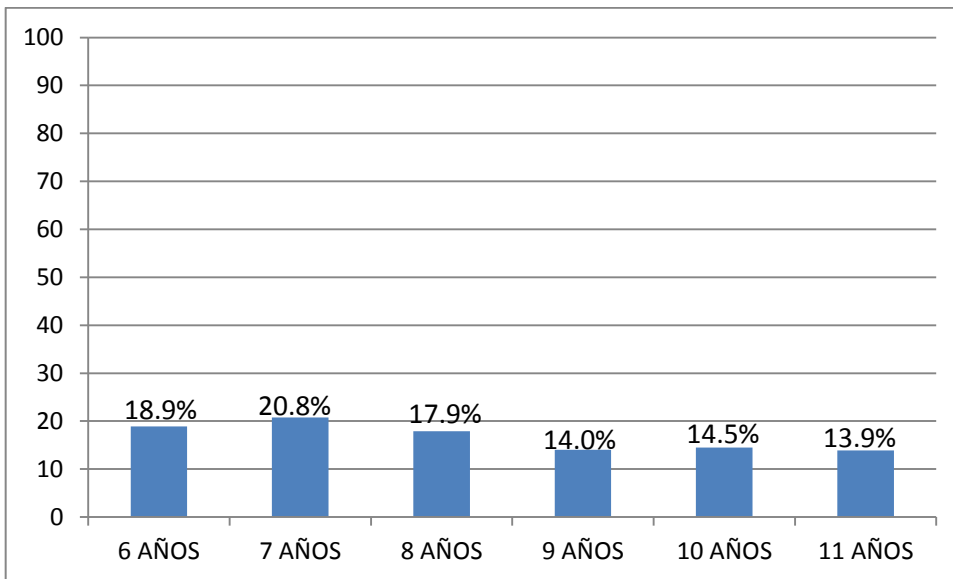


GRAFICO 3 Edad.

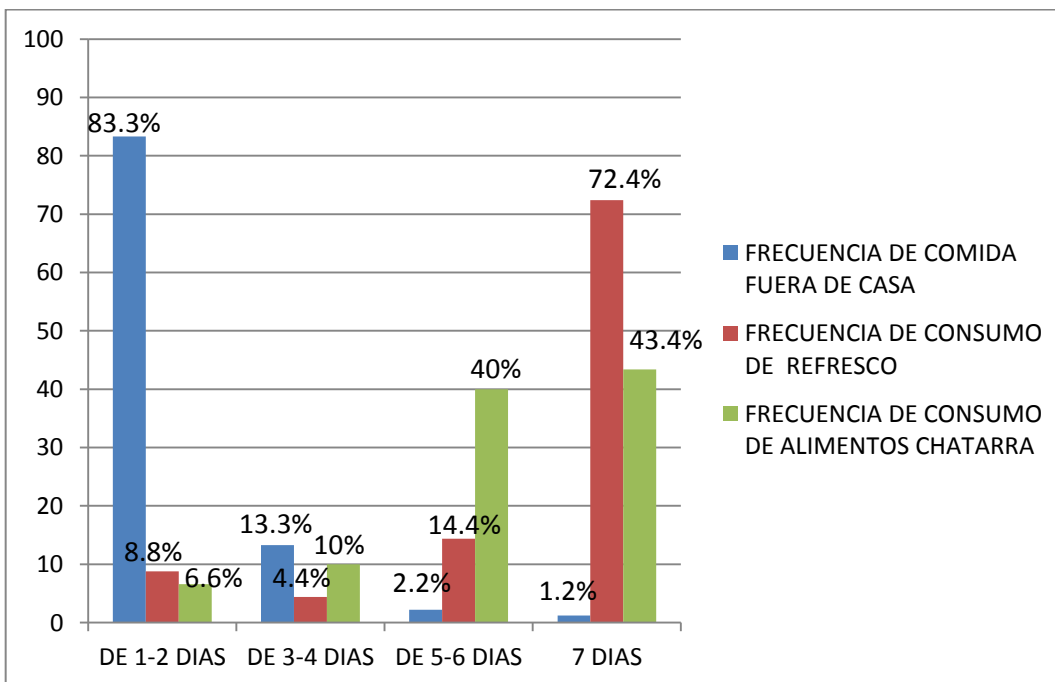


GRAFICO 4 Conducta alimentaria en escolares con Sobrepeso y Obesidad

PERCEPCION DE LA SALUD	0-1 PTO	2-3 PTOS	4-5 PTOS	6-7 PTOS	8-9 PTOS	10 PTOS
6 AÑOS				0.4	3.2	14.56
7 AÑOS					1.4	19.4
8 AÑOS					0.4	17.4
9 AÑOS						14
10 AÑOS					0.9	13.5
11 AÑOS					0.4	13.1

GRAFICO 5 Percepción de la salud con escala visual analógica (de 0-10 puntos)

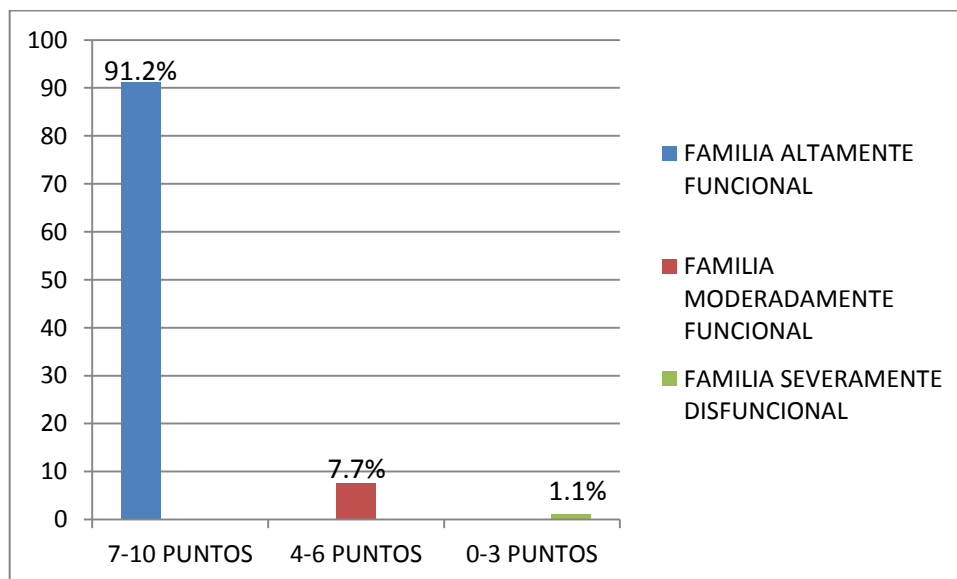


GRAFICO 6 APGAR Familiar

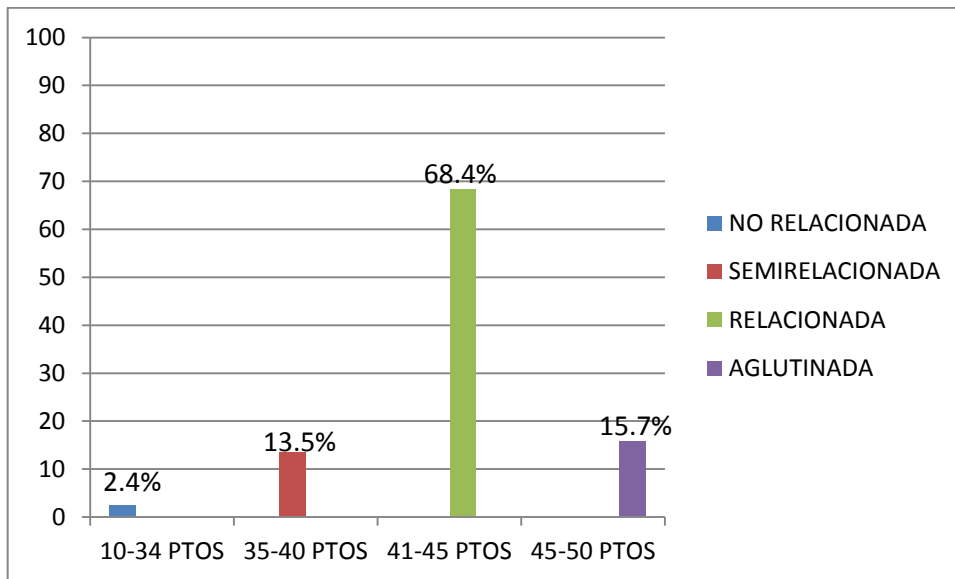


GRAFICO 7 FASES III.

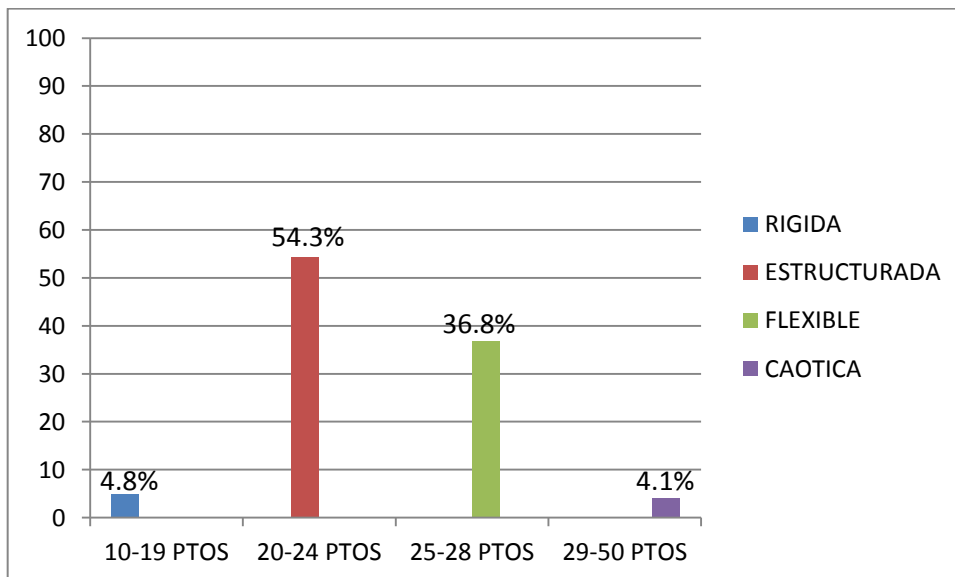


GRAFICO 8 Adaptabilidad.

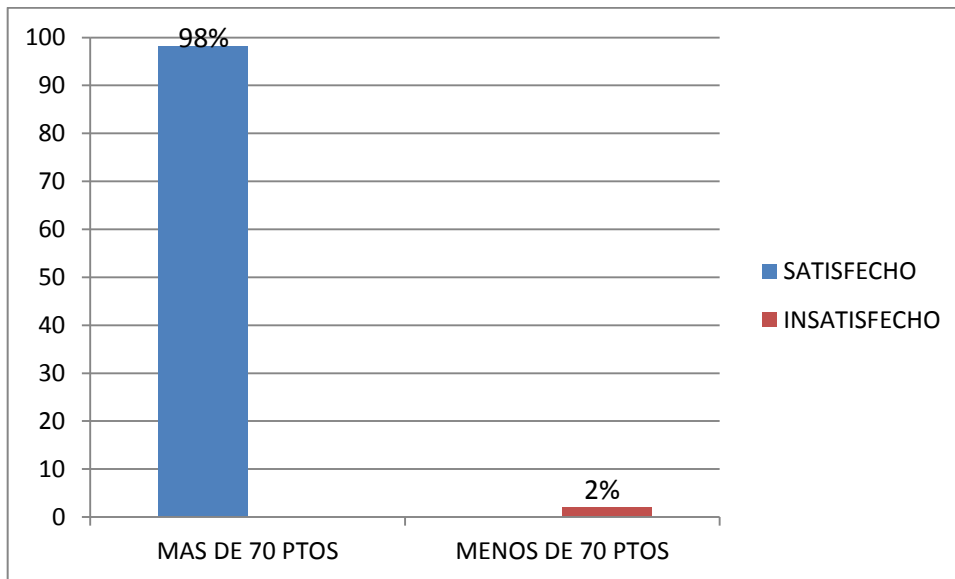


GRAFICO 9 Nivel de satisfacción.

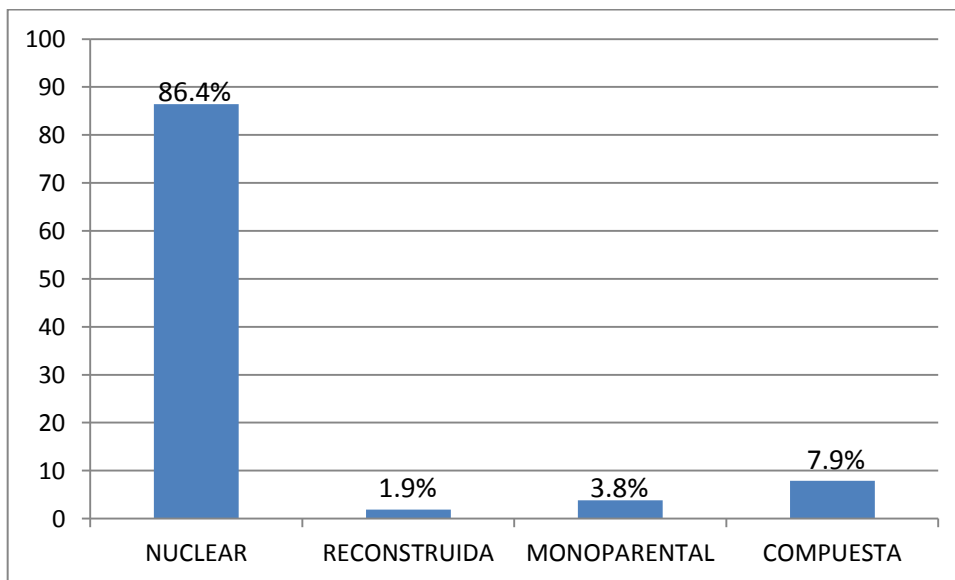


GRAFICO 10 Tipología familiar.

9.- DISCUSIÓN.

La obesidad es una enfermedad sistémica y multifactorial que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y constituye un grave problema de salud pública, debida a que genera un incremento en la morbilidad asociada y en los costos de salud, así como una disminución en la sobrevivencia, calidad de vida y estigmatización social.

Como podemos apreciar el primer parámetro evaluado en el presente estudio se encontró un mayor porcentaje de escolares con sobrepeso, sin embargo persiste la presencia de obesidad y un mayor porcentaje de escolares eutróficos. De igual manera se encontraron escolares con bajo peso pero sin presencia de desnutrición y riesgo de la misma.

El presente estudio de investigación identifico que no hay una diferencia significativa en la funcionalidad familiar de los escolares con sobrepeso y obesidad con los eutróficos en comparación con investigaciones previas. Ya que aparentemente en ambas partes hay una buena comunicación y apoyo así como cohesión.

Como podemos apreciar los resultados indican que a pesar de que los escolares padecen sobrepeso y obesidad y si bien es cierto que tienen algún grado de disfunción familiar en el presente estudio predomina la funcionalidad con una adecuada comunicación y resolución de problemas familiares. Los escolares estudiados con ocupación materno hogar lo que difiere un poco con estudios previos en donde se ha visto que la ocupación de la madre fuera de casa es causante con más frecuencia de obesidad que en las familias que en donde la madre se encuentra en el hogar, ya que en el presente estudio aunque la mayoría de las mamás están de tiempo completo en casa podemos observar que algo está pasado con respecto a los hábitos alimenticios y actividades de recreación. Si bien los escolares no han llegado a una educación profesional en este momento cuentan con información necesaria acerca de los hábitos higiénicos dietéticos y a pesar de que no cuentan con la madurez necesaria tienen la capacidad de aprendizaje y educación por lo que es pertinente que ellos se acerquen a recibir toda esta información o que las instituciones de salud hagan hincapié en todos los medios de difusión para prevenir y modificar el sobrepeso y obesidad y con esto la funcionalidad familiar.

En estudios previos realizados se observaron que la forma de expresión de afecto por los padres es con la complacencia ofreciendo comida a los niños en mayor

cantidad y no nutritiva lo cual refleja una repercusión en el estado nutricional de los escolares.

10.- CONCLUSIONES.

De acuerdo con los objetivos generales y específicos podemos concluir que:

1. El sobrepeso y la obesidad constituye un problema de salud económico, social y psicosocial que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento en el uso de servicios de salud, disminución en la calidad de vida, incapacidad y estigmatización social.
2. No se encontró una mayor población de escolares con sobrepeso y obesidad en el universo de estudio, se encontró un mayor porcentaje de escolares eutróficos; sin embargo aún se encuentra la existencia de sobrepeso y obesidad en un porcentaje significativo.
3. En la población de escolares con sobrepeso y obesidad así como en los eutróficos, no se encontró disfuncionalidad familiar, ya que en ambos casos la comunicación y las áreas de apoyo así como la cohesión familiar se encontró sin alteraciones. Se observó que en escolares con sobrepeso y obesidad hay una menor expresión de afecto y con poca actividad física en comparación con los escolares eutróficos, lo cual podría ser un factor coadyuvante que aumente el desarrollo de sobrepeso y obesidad en esta etapa escolar.
4. La influencia familiar se observa que la expresión de afecto de la familia predomina la complacencia de comida no nutritiva la cual repercute en el estado nutricional del escolar.

5. La funcionalidad familiar si es un factor relacionado con el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en escolares más observado a nivel de la expresión de afecto de la familia.

11.- ANEXOS.

ANEXO 1

APGAR FAMILIAR

- EVALUACIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA FUNCIÓN FAMILIAR = PROMOCIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO, EMOCIONAL Y LA MADURACIÓN DE LAS PERSONAS

PREGUNTAS	Casi Siempre (2)	A veces (1)	Casi Nunca (0)
1.- Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me perturba.			
2.- Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute áreas de interés común y comparte los problemas resolviéndolos conmigo.			
3.- Encuentro que mi familia acepta mis deseos de hacer nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida.			
4.- Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos (angustia, amor, pena)			
5.- Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.			

FAMILIAS ALTAMENTE FUNCIONALES = 7 A 10 puntos
FAM. MODERADAMENTE FUNCIONALES = 4 a 6 puntos
FAM. SEVERAMENTE DISFUNCIONALES = 0 a 3 puntos

APGAR familiar para uso en niños

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

ANEXO 2

FACES III

	CALIFICACION 1 NUNCA, 2 CASI NUNCA, 3 ALGUNAS VECES, 4 CASI SIEMPRE, 5 SIEMPRE
	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
	2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
	4. Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina.
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
	7.-Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
	11. Nos sentimos muy unidos
	12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
	14. En nuestra familia las reglas cambian.
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	18.- En nuestra Familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
	19 La unión familiar es muy importante
	20- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Cohesion (nones)	Amplitud de clase	Adaptabilidad (pares)	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34	Rigida	10 a 19
Semi relacionada	35 a 40	Estructurada	20 a 24
Relacionada	41 a 45	Flexible	25 a 28
aglutinada	46 a 50	Caotica	29 a 50

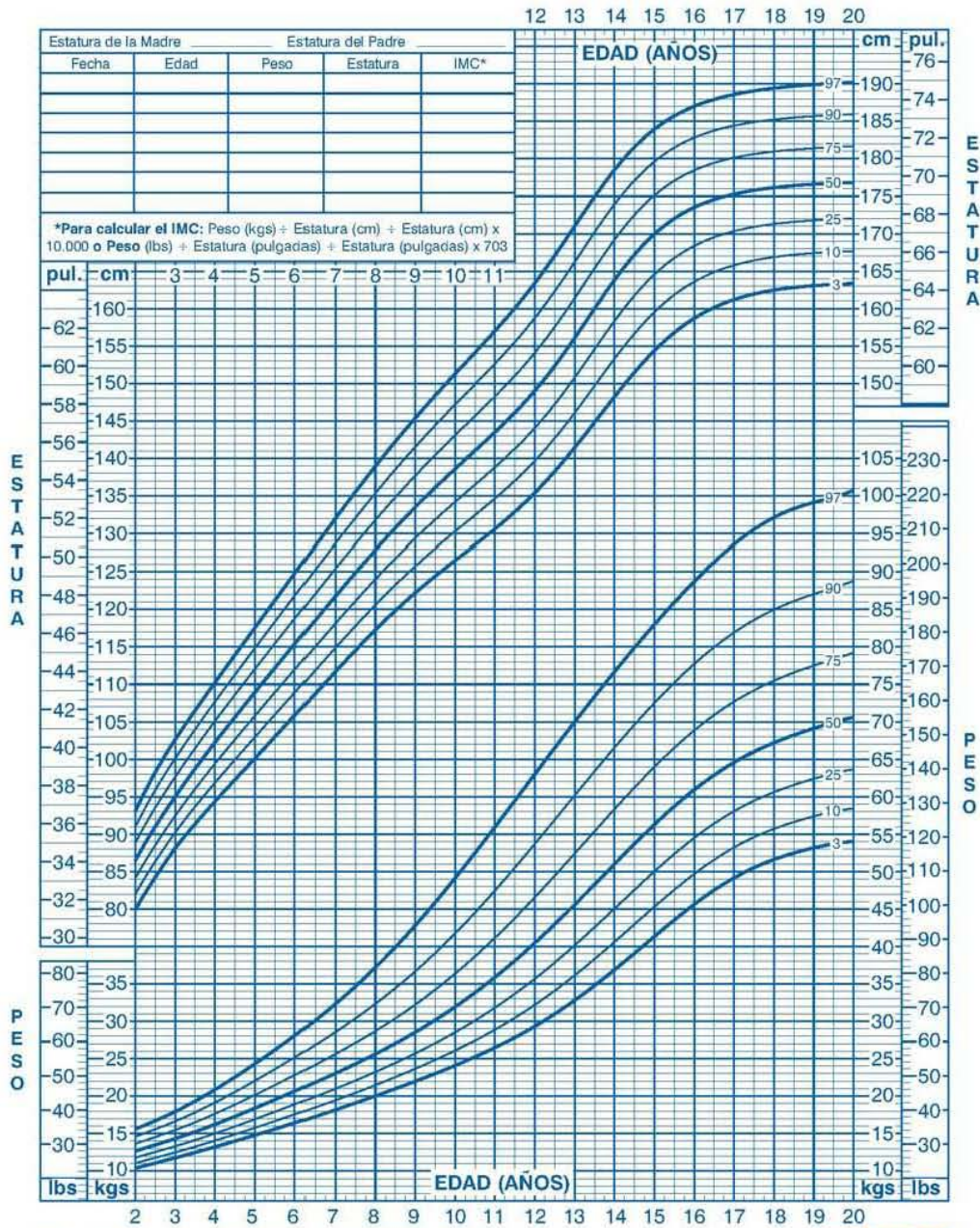
ANEXO 3

2 a 20 años: Niños

Nombre _____

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

de Archivo _____



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



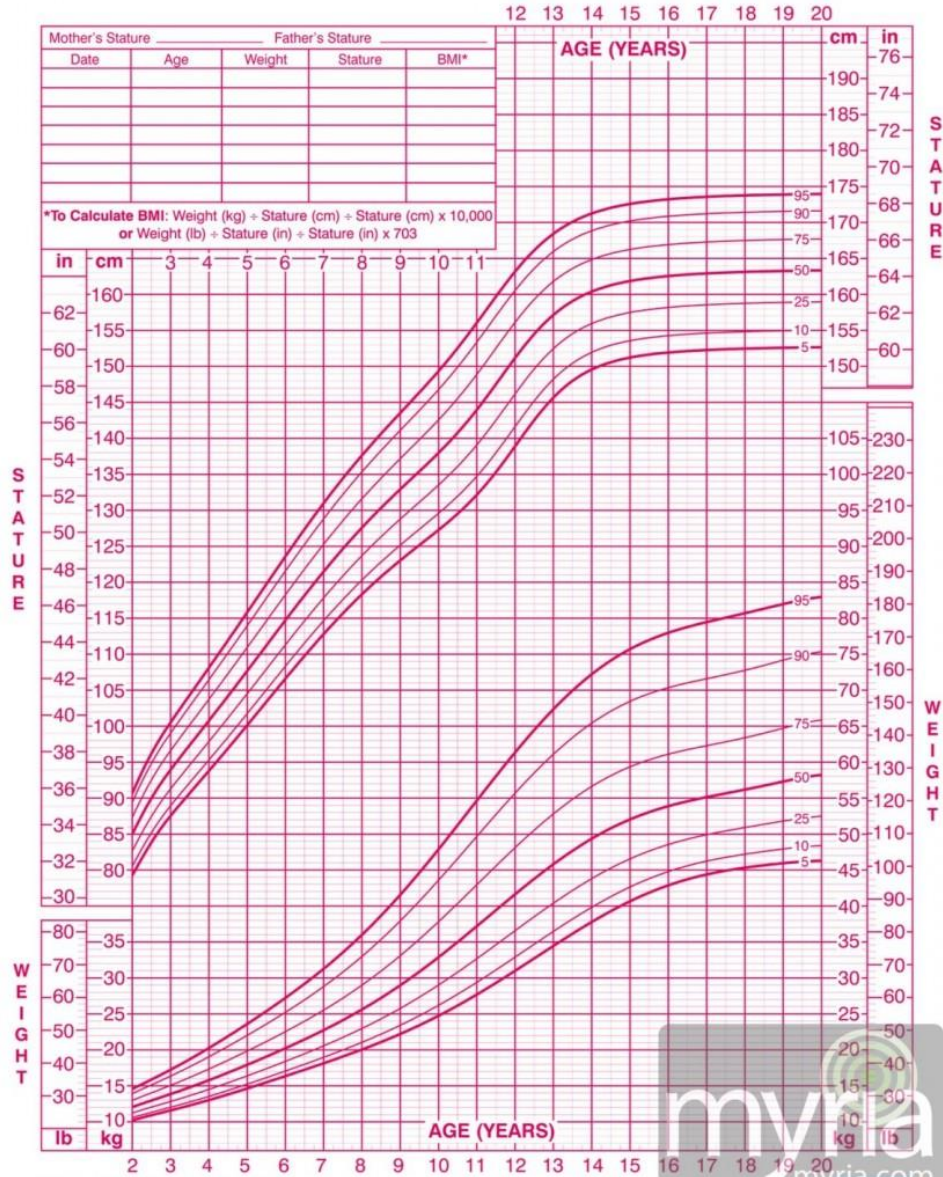
ANEXO 4

2 to 20 years: Girls

Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

ANEXO 6.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Influencia familiar sobre la conducta alimentaria en el sobrepeso y obesidad de los usuarios escolares de la UMF #18.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF # 18 El colorado Ahome Sinaloa. 30/septiembre/2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	
Procedimientos:	Encuestas descriptivas
Posibles riesgos y molestias:	No aplica
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar sus hábitos dietéticos, deporte y estado nutricional
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	No aplica
Privacidad y confidencialidad:	Confidencial
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 estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Mejorar su estado nutricional
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Vázquez Ruiz Cesar Armando cel6681690177E-mailcesaramando_vazquez@hotmail.com
Colaboradores:	No aplica
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

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 7 Método de Graffar

(Cuadro 1.) Intervalos de puntuación para evaluar el nivel de pobreza familiar.

	A	B	C	D	
1					04-06: alto
2					07-09: medio alto
3					10-12: medio bajo
4					13-16: obrero
5					17-20: marginal

(Cuadro 2.) VARIABLES Y SU PUNTAJE EN EL MÉTODO DE GRAFFAR	
Profesión del jefe de familia	<p>1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.</p> <p>Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.</p> <p>Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.</p> <p>Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.</p> <p>Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.</p>
Nivel de instrucción de la madre	<p>1. Universitaria o equivalente.</p> <p>Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.</p> <p>Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).</p> <p>Educación primaria completa.</p> <p>Primaria incompleta, analfabeta.</p>
Principal fuente de ingresos	<p>1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).</p> <p>Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.</p> <p>Sueldo quincenal o mensual.</p> <p>Salario diario o semanal.</p> <p>Ingresos de origen público o privado (subsidios).</p>
Condiciones de la vivienda	<p>1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.</p> <p>Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitaria.</p> <p>Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias.</p> <p>Espacios amplios reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.</p> <p>Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.</p>

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
<http://.insp.mx/informes/ENSANUT> 2012 Resultados Nacionales pdf.
- 2.-Dominguez-Vazquez P., Olivares S., Santos JL., Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Órgano oficial de la Soc. Latinoamericana de Nutrición 2012 p. 249-255.
- 3.-González, Jiménez, Aguilar María, y Cordero. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). Nutr. Hosp. 2012 p. 177-184.
- 4.-González-Heredia. Intervención familiar para el manejo de sobrepeso y obesidad en escolares, revista médica instituto mexicano del seguro social 2014: 2 (sspl1): p. 574-577.
- 5.- Nájera Rivas D. Relación entre funcionalidad familiar y obesidad en escolares de 7 a 11 años, protocolo de investigación 2014 p. 01-37.
- 6.-Vásquez-Garibay, Enrique RV Guía Clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en pediatría, revista médica instituto mexicano del seguro social 2010; 45 (2): p.173-186.
- 7.-Sobrepeso y obesidad Infantiles.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- 8.-Kaufer Horwitz M. Toussaint G. Indicadores Antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría.. Bol Med Hosp Infant Mex Vol. 65 Nov-Dic 2012 P.45-69.
- 9.- Clark HR, Goyder E, Bissell P. Blank L. Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weigh? Implications for childhood obesity policy. J. Pub-health (oxf.) 2011; 29: p. 132.141.
- 10.-Sandoval-Montes. Romero-Velarde, Vásquez Garibay. Obesidad en niños de 6 a 9 años, Factores socioeconómicos demográficos y disfunción familiar.. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48 (5) p.485-490.
- 11.- Ortega, Funcionamiento Familiar y Sobrepeso Infantil: La Perspectiva de Niños Mexicanos. México Quarterly Review, Norteamérica, jun. 2011. P 55-78.

- 12.- Souza-villela. Amigo H. Obesidad en el niño en América Latina, Situación, criterio de diagnóstico y desafíos. Cad. Sau de Pública Río de Janeiro, 19(Sup 1) S1:163-S196, 2012. En: <<http://admin.udla.mx/mqr/index.php/mqr/article/view/47>
- 13.- Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, “just thee more bites” An observational analysis of parents´socialization of children´s aeting at mealtime.Appetite 2010; 48:37-45.
- 14.- Benton D. Rule of parents in the deternination of food preferences of children and the velopment of obesity. Int J.obesity 2011; 28:858-869.
- 15.-Ebbeling CB Pawlak BB Ludwig DS Childhood obesity health crisis common sense cure, Lancet 2010; 360; 478-82
- 16.-González Rico, Edgar M Vásquez Gariba La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos y, Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50(2); 127-134.
- 17.-Barguera Cervera, Campos-Nonato, Rojas R. Obesidad en México epidemiología y políticas de salud para su control y prevención., Instituto Nacional de Salud Pública SSA México. Gaceta Médica de México 2012; p. 146.
- 18.-Dominguez Vásquez P, Olivares Santos J, Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Vol. 58 Núm. 3, 2011 p. 88-116
- 19.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 19ª ed. España, 1970.
- 20.- Bronfman M. La familia: estructura y riesgo diferenciado. En: como se vive se muere la familia, redes sociales y muerte infantil. Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, 79-97.
- 21.- <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/demografía/Ainoa/html>.
- 22.- Bottmore TB. Introducción a la sociología. Barcelona, España: Península, 1968.
- 23.- Leñero OL. Familias que cambian. Realidad y perspectivas familiares en la ciudad de México, y pistas para su promoción en los programas de apoyo. 1ª edición Instituto Mexicano de Estudios Sociales, AC., 2013;17.

24.- Espinoza GM. Funcionamiento familiar: funcional/disfuncional. Disponible en URL:
www.acatlan.unam.mx/investigacion/vasconcelos/catedra/educsolucion/actividades/comenta.-4html.