



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

**“RELACIONES INTRAFAMILIARES Y OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS
DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
LOS REYES LA PAZ ISSEMYM DE JUNIO DEL 2017 A JUNIO DEL
2018”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JACQUELINE DANAE MORENO CRUZ

TUTOR DE TESIS

**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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


"RELACIONES INTRAFAMILIARES Y OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA LOS REYES LA PAZ ISSEMYM DE JUNIO DEL 2017 A JUNIO DEL 2018"

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

DRA. JACQUELINE DANAE MORENO CRUZ


AUTORIZACIONES



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. GUILLERMO VICTAL VASQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA EN SALUD

“RELACIONES INTRAFAMILIARES Y OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA LOS REYES LA PAZ ISSEMYM DE JUNIO DEL 2017 A JUNIO DEL 2018”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JACQUELINE DANAÉ MORENO CRUZ

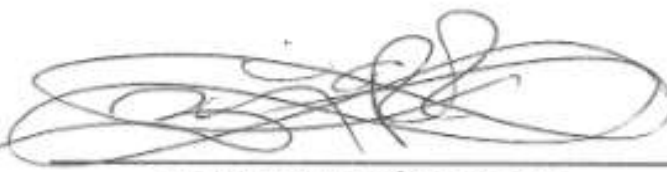
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
MARCO TEORICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACION.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	8
TIPO DE ESTUDIO.....	8
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	8
MUESTRA.....	8
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	8
CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES.....	9
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	11
METODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	11
RECURSOS HUMANOS.....	17
RECURSOS MATERIALES.....	17
RECURSOS FINANCIEROS.....	17
CONSIDERACIONES ETICAS.....	18
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37

..

AGRADECIMIENTOS

A veces llegan a nuestra vida personas que nos cambian, que nos hacen ver que las cosas siempre pueden mejorar, que nos inspiran, nos motivan y nos dan fortaleza.

Gracias por la paciencia, el apoyo, la comprensión, el cariño, gracias por estar conmigo y hacerme una mejor persona.

Te amo mi vida...gracias Martin.

A mi familia, amigos y profesores gracias por brindarme su apoyo y amistad siempre.

MARCO TEORICO

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

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

Teniendo en cuenta este escenario, es evidente la importancia de comprender los problemas nutricionales desde distintas perspectivas con el fin de prevenirlos y tratarlos de manera más efectiva, y una de las formas de hacer una aproximación a dicha comprensión es desde el punto de vista de la familia , máxime si se tienen en cuenta situaciones tan ambivalentes que ubican a la

familia como un agente causante, mientras que en otras, es ella la que se adapta y padece la enfermedad y sus consecuencias, en otras palabras, es vista la familia como víctima y como culpable, como bloqueadora o como recurso favorecedor del tratamiento.

En muchos países del mundo, principalmente de ingresos medios y bajos, se ha dado un cambio drástico en el perfil epidemiológico y nutricional de sus poblaciones, conocido como transición nutricional, debido a modificaciones en las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales, fundamentalmente, que han incidido de manera radical en los patrones de consumo de alimentos y en los hábitos de actividad física de sus habitantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es un problema de salud pública creciente en todo el mundo. El sobrepeso y la obesidad infantil han rebasado cualquier expectativa que se tuviera respecto al número de casos que se habían pensado.

La obesidad infantil constituye un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles asociado a la nutrición, algunas de las cuales son causas importantes de muerte, es una patología que ha ido incrementando con el paso del tiempo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública a nivel mundial. En las últimas encuestas nacionales de nutrición (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016) se evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. Estos resultados variaron según sexo (masculino o femenino) y lugar de residencia (zona rural o urbana).

El sobrepeso y la obesidad en mujeres presentan un aumento respecto a cifras de 2012, en los tres grupos de edad, el cual es mayor en zonas rurales que urbanas.

En la población masculina adulta el sobrepeso y obesidad aumentó en zonas rurales (de 61.1% en 2012 a 67.5% en 2016) mientras que se estabilizó en zonas urbanas, en las que se mantiene en un nivel elevado (69.9%).

Por lo que se demuestra un incremento gradual de obesidad en los niños, la mitad de los niños obesos en edad escolar serán obesos en edad adulta. Frente a problemas alimentarios y nutricionales tan serios como la obesidad, se ha encontrado que no hay una única causa o causas específicas, sino un conjunto de factores determinantes o influyentes, algunos más claros y estudiados que otros.

Por ser un problema que se ha incrementado con paso lento pero continuo en las últimas décadas la obesidad infantil constituye un tema a investigar por parte de todas disciplinas que se relacionan con él con la finalidad de profundizar

en su conocimiento e identificar posibles líneas de acción para prevenir su ocurrencia.

Muchos temas han sido estudiados en relación a la obesidad infantil, sin embargo; al tratarse de un problema de salud pública y al ser nuestro país el primer lugar de obesidad infantil resulta de utilidad conocer las relaciones las relaciones intrafamiliares del paciente obeso ya que ha sido una materia poco explorada y contar con dicha información nos ayudara a tener una visión integral de la familia.

Derivado de ello, se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué relaciones intrafamiliares presentan los niños con obesidad de 5 a 11 años de edad de ambos sexos, en la clínica de consulta externa Los Reyes la Paz Issemym?

JUSTIFICACIÓN

La obesidad infantil en México va en franco ascenso, esta situación se ha relacionado con cambios demográficos, anteriormente del 75 al 80% de la población total era rural y solo del 20 al 25% urbana, para mediados del siglo XX estas condiciones se habían invertido, esto trae consigo la adopción de estilos de vida poco saludables, de la misma manera influye la rápida urbanización de la sociedad que genera modificaciones en los patrones alimentarios.

Es un tema muy importante para los médicos familiares, ya que su presentación se asocia al riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas y el estudio de esta patología, no permitirá incidir en su prevención desde un punto de de vista más integral

La Organización Mundial de la salud define a la obesidad como “la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo”

Debemos tener en cuenta que no podemos basar únicamente el desarrollo de la obesidad en la ingesta excesiva de calorías y la conducta sedentaria. Los aspectos psicológicos, familiares y sociales juegan un rol decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad. Y si aunamos a estos factores la falta de conocimiento sobre esta patología y como tratarla se convierte en algo complicado de aceptar y vivir dentro del núcleo familiar.

Desde edades tempranas los niños aprenden determinados, valores, comportamientos y actitudes; siendo la familia el mayor agente transmisor de estos

Debido a que la obesidad es multifactorial se debe de abordar y analizar en un contexto global al paciente que la padece.

Por lo anterior, este estudio pretende identificar cómo son las relaciones intrafamiliares de los niños que padecen esta patología.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las relaciones intrafamiliares que presentan los niños de 5 a 11 años de edad de ambos sexos, en la Clínica de Consulta Externa Los Reyes La Paz del Issemym, en el periodo comprendido de junio del 2017 a junio del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el porcentaje de población de entre 5 y 11 años de edad los cuales tienen diagnóstico de obesidad en la Clínica de Consulta Externa Los Reyes La Paz.
- Identificar cuál es el género en el que predomina la obesidad en población de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa Los Reyes La Paz.
- Identificar las relaciones intrafamiliares, incluyendo las dimensiones de unión y apoyo , dificultades y expresión, de los niños de entre 5 y 11 años de edad con obesidad inscritos en la Clínica de Consulta Externa Los Reyes La Paz.

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:**

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo.

- **Población, lugar y tiempo:**

Pacientes de entre 5 y 11 años de edad que sean diagnosticados con obesidad, en el periodo de junio del 2017 a junio del 2018, en la clínica de consulta externa Los Reyes La Paz Issemym.

- **Total de la muestra:**

La población a investigar está constituida por el número total de pacientes de entre 5 y 11 años de edad, de ambos sexos que son portadores de obesidad.

- **Criterios de inclusión:**

Población derechohabiente de entre 5 y 11 años de edad con diagnóstico de obesidad, que acude a la clínica de consulta externa Los Reyes La Paz Issemym.

- **Criterios de exclusión:**

Población de entre 5 y 11 años de edad que padezcan otra patología que les condicione obesidad.

- **Criterios de eliminación:**

Población que no concluya de manera adecuada los cuestionarios aplicados.

CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo	Definición	Escala	Medición	Representación
Obesidad	Cuantitativa	Es una 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 a 30 y en niños cuando el IMC es <u>></u> al percentilo 95 para el sexo y la edad.	Percentiles		Tablas Grafica
Edad	Nominal Dependiente	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta cierta fecha.	Años	Escala de 4 a 7 años	Tabla Gráfica
Sexo	Nominal Dependiente	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre. La diferencia se encuentra en los genitales, el aparato reproductor.	Género	Masculino Femenino	Tabla Gráfica

Peso	Cuantitativa Ordinal	Fuerza con la que los cuerpos son atraídos hacia el centro de la tierra por acción de la gravedad medida en gramos.	Gramos	Peso normal Sobrepeso Obesidad	Tablas Gráfica
Talla	Cuantitativa	Designa la estatura de un individuo	Centímetros	Medición de la estatura en centímetros	Tablas Gráficas

INSTRUMENTO:

Descripción

Se utilizara la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) que 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, incluye las dimensiones de UNIÓN Y APOYO, DIFICULTADES y EXPRESIÓN.

Su origen es consecuencia del resultado de una investigación realizada por RiveraHeredia y Padilla-Barraza (1992) quienes en su tesis de licenciatura encontraron que el instrumento que habían utilizado para medir el ambiente familiar tenía niveles y confiabilidad en extremo bajos en algunas de sus dimensiones. Se confirmó la carencia de instrumentos adecuado para la población mexicana que evaluara diferentes aspectos de la familia. De ahí surge el interés y el reto de desarrollar un instrumento confiable y valido para conocer que ocurre dentro de un sistema familiar, de manera tal que permitiera identificar diferentes elementos de las relaciones familiares que pudieran relacionarse con el bienestar psicológico de sus integrantes, o por el contrario que fueran factor de riesgo ante diferentes conductas problemáticas.

Se trata de una escala auto aplicable con cinco opciones de respuesta que varían: Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo, contando con 3 versiones (larga, intermedia y breve).

Los puntajes que obtienen las personas que responden la Escala de Evaluación de las relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo y a la percepción de dificultades y conflictos.

Definición de los componentes:

Unión y apoyo: es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

Expresión: se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

Dificultades: esta dimensión evalúa los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.

Reactivos que integran cada dimensión en las 3 dimensiones de la escala de E.R.I

DIMENSIONES	VERSION LARGA 56 REACTIVOS	VERSION INTERMEDIA 37 REACTIVOS	VERSION BREVE 12 REACTIVOS
UNION Y APOYO	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55.	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35	1, 4, 7, 10
EXPRESION	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53.	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36	2, 5, 8, 11
DIFICULTADES	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56.	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37	3, 6, 9, 12

EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México. La información que proporcionas será estrictamente confidencial. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO
A = 4 = DE ACUERDO
N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)
D = 2 = EN DESACUERDO
TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

		TA	A	N	D	TD
1	En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntas.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1

16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos.	5	4	3	2	1
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1

41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1
53	Todo funciona en nuestra familia.	5	4	3	2	1
54	Peleamos mucho en nuestra familia.	5	4	3	2	1
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

Pasos para las calificaciones de la prueba:

1. Elegir la versión del E.R.I. que se utilizara
2. Identificar los reactivos que integraran cada dimensión.
3. Sumar el total de reactivos que integran cada dimensión sacar el promedio de dimensión (dividir el total entre el número de reactivos)
4. Este es el puntaje final de la dimensión.

ESCALA	ALTO	MEDIO	BAJO
EXPRESION	110-77	76-56	55-22
DIFICULTADES	115-80	79-41	40-23
UNIÒN Y APOYO	55-38	37-29	28-11

CRONOGRAMA:

- Aplicación de cuestionarios en la CCE Los Reyes ISSEMYM a familias cuyos integrantes de entre 5 y 11 años de edad padezcan obesidad.
- Cuantificación de datos
- Vaciamiento de datos en tablas.
- Realización de gráficas y análisis de las mismas.
- Reporte de resultados y conclusiones.

RECURSOS FINANCIEROS:

Recursos humanos:

-Médico residente de Medicina Familiar.

-Población de entre 5 y 11 años de edad de ambos sexos con obesidad.

Recursos físicos:

-Clínica de consulta externa los Reyes La Paz ISSEMYM

Recursos materiales:

Hojas de encuestas

CONSIDERACIONES ETICAS

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCION

1. 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.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. 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.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Etica Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

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

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. 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.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual

que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los

beneficios previsible para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la

investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público..En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias: - El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente. - Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio,

ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, donde se estudiaron un total de 68 niños de entre 5 y 11 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de obesidad en la Clínica de consulta Externa Los Reyes La Paz ISSEMYM, de junio del 2017 a junio del 2018, con el objetivo de determinar la asociación entre obesidad infantil y relaciones intrafamiliares, basadas en tres dimensiones, encontrándose lo siguiente:

En cuanto a las edades de los niños con obesidad se observó que la mayor frecuencia la tienen los niños de 11 años de edad con un 22% del total de la muestra, seguido de un 17.6% de los niños de 7 años, el 16.1% los niños de 10 años, el 14.7% los de 9 años, el 11.7% los 8 años, el 10.2% los de 6 años y la menor frecuencia corresponde a los niños de 5 años de edad con el 7.3% del total.

Respecto al sexo de los niños, se presenta un mayor porcentaje en hombres; siendo este el 51.47% y en segundo lugar las mujeres con el 48.53%.

En la dimensión de Expresión según la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares, el puntaje más alto se obtuvo en la clasificación baja, con un 42.64% del total, lo que representa que se dificulta la expresión verbal de las emociones, ideas o acontecimientos en la familia. Un 36.76% representa una escala media y el 20.48% de los niños tiene un puntaje alto, ello refleja que existe una adecuada expresión de emociones en la familia.

En la evaluación de las dificultades, se observó que el mayor porcentaje corresponde a un rango medio y lo ocupan 28 niños, lo que equivale a un 41.17% de la muestra, seguido de un rango bajo con un 32.35% y por último el 26.47% fue una evaluación alta. Esta dimensión nos habla de que en ocasiones los conflictos que se presentan en la familia no son tan fáciles de resolver, así también nos permite identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia. En este caso el mayor porcentaje ocupó un rango medio.

En la unión y el apoyo el mayor porcentaje se obtuvo en un rango alto representado por 32 niños lo que equivale a un 47% del total, en segundo lugar el rango bajo con un porcentaje de 38.23% y finalmente un rango medio con el 14.70%, un total de 10 niños. Esta dimensión nos habla de la convivencia de la familia, si realiza actividades en conjunto, qué tanto convive y se apoyan mutuamente entre sus miembros, también nos ayuda a evaluar el sentido de pertenencia.

CUADROS Y GRÀFICAS

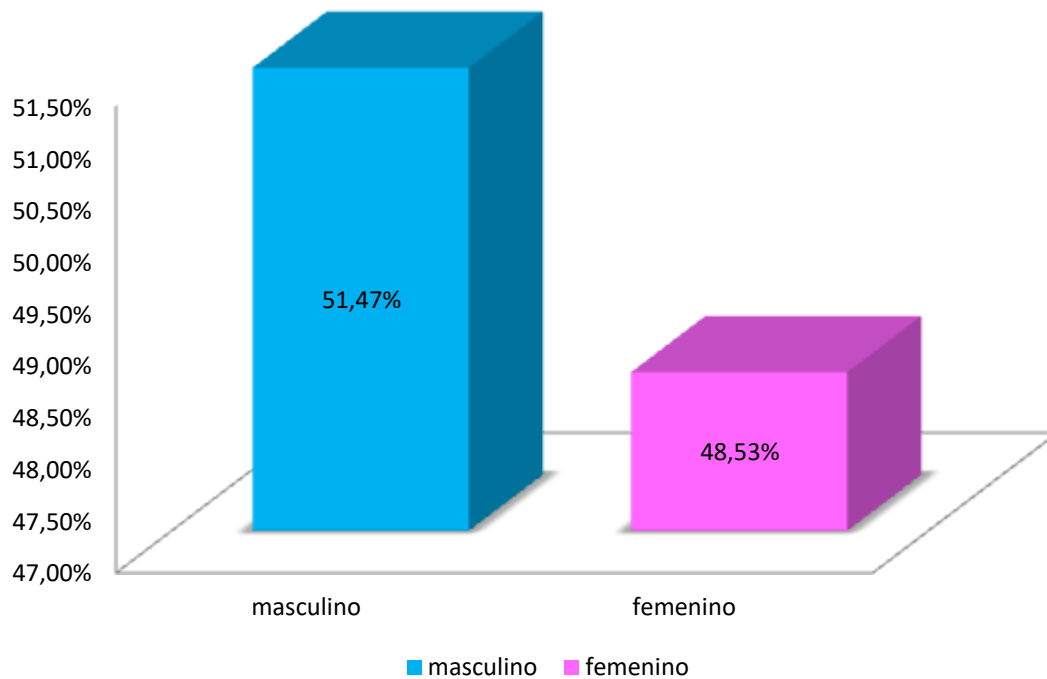
CUADRO 1

Total de la población de niños de 5 a 11 años de edad con obesidad, por sexo en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	51.47%
Femenino	33	48.53%
Total	68	100%

GRAFICA 1

Población de niños de 5 a 11 años de edad por sexo con obesidad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.



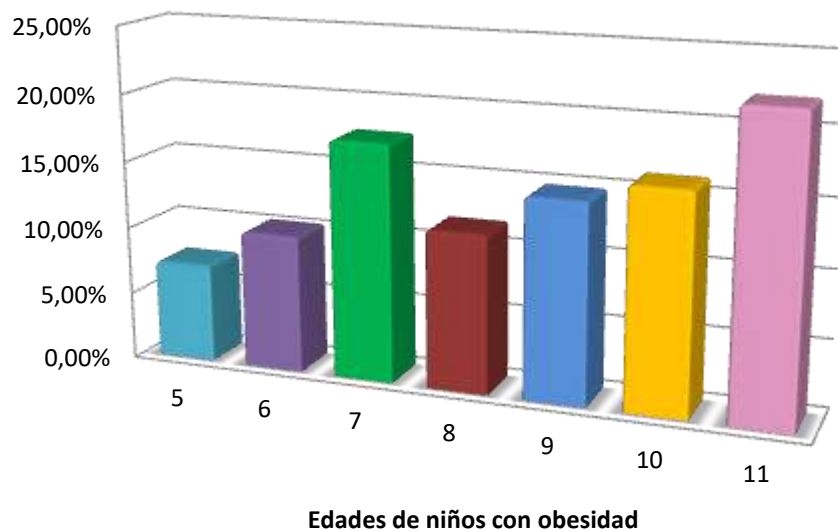
CUADRO 2

Edades de niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
5	5	7.3%
6	7	10.2%
7	12	17.6%
8	8	11.7%
9	10	14.7%
10	11	16.1%
11	15	22.0%
Total	68	100%

GRAFICA 2

Edades de niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018



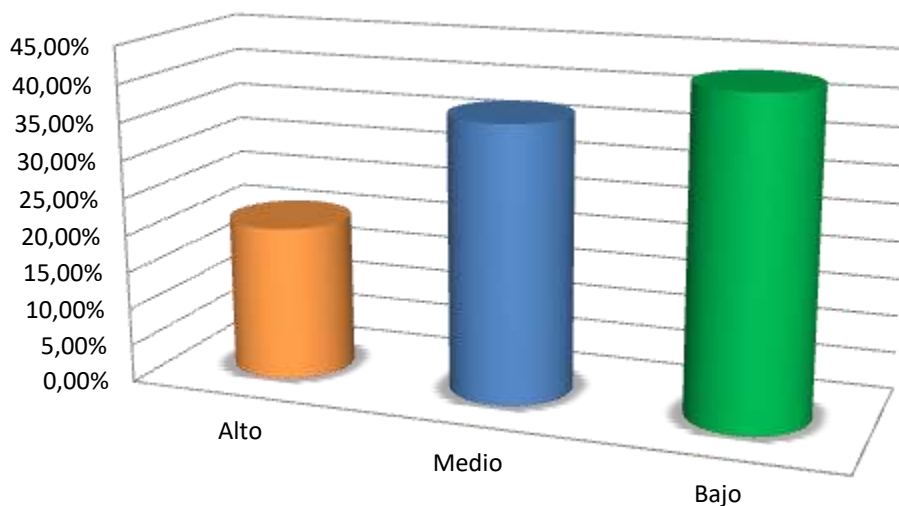
CUADRO 3

Dimensión de Expresión de la Escala de Relaciones Intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.

Dimensión Expresión	Frecuencia	Porcentaje
Alto	14	20.58%
Medio	25	36.76%
Bajo	29	42.64%
Total	68	100%

GRAFICA 3

Dimensión de Expresión de la Escala de Relaciones Intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.



	Alto	Medio	Bajo
■ Evaluacion de la dimension	20,58%	36,76%	42,64%

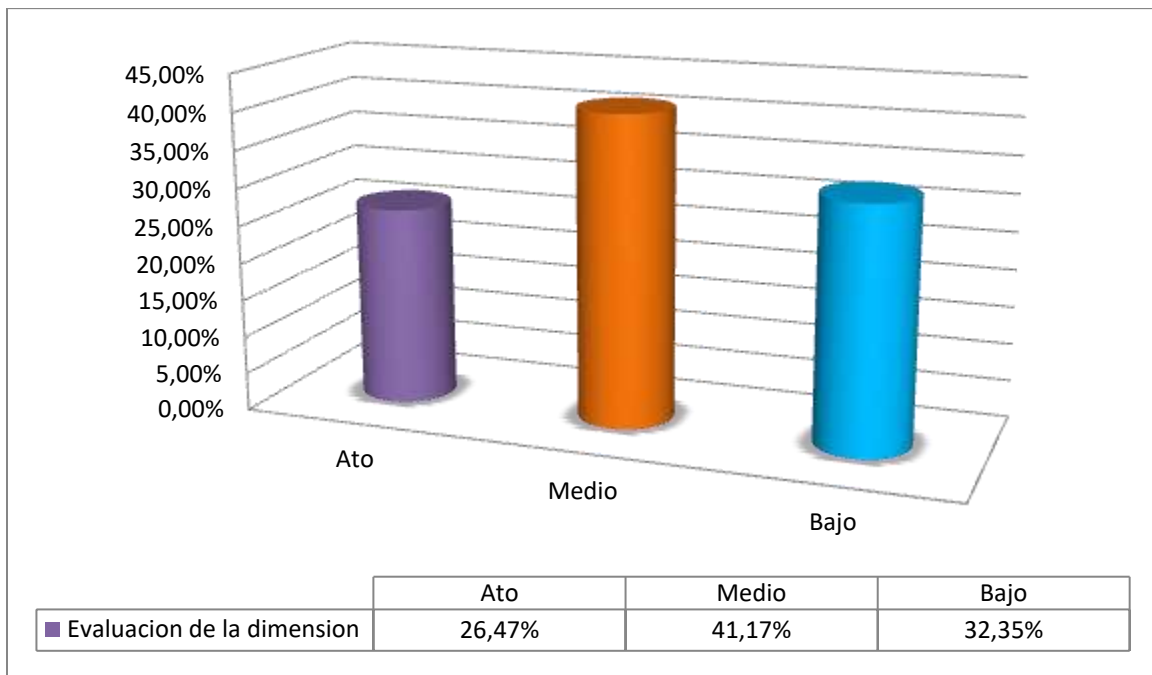
CUADRO 4

Dimensión de Dificultades de la Escala de Relaciones Intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.

Dimensión Dificultades	Frecuencia	Porcentaje
Alto	18	26.47%
Medio	28	41.17%
Bajo	22	32.35%
Total	68	100%

GRAFICA 4

Dimensión de Dificultades de la Escala de Relaciones Intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.



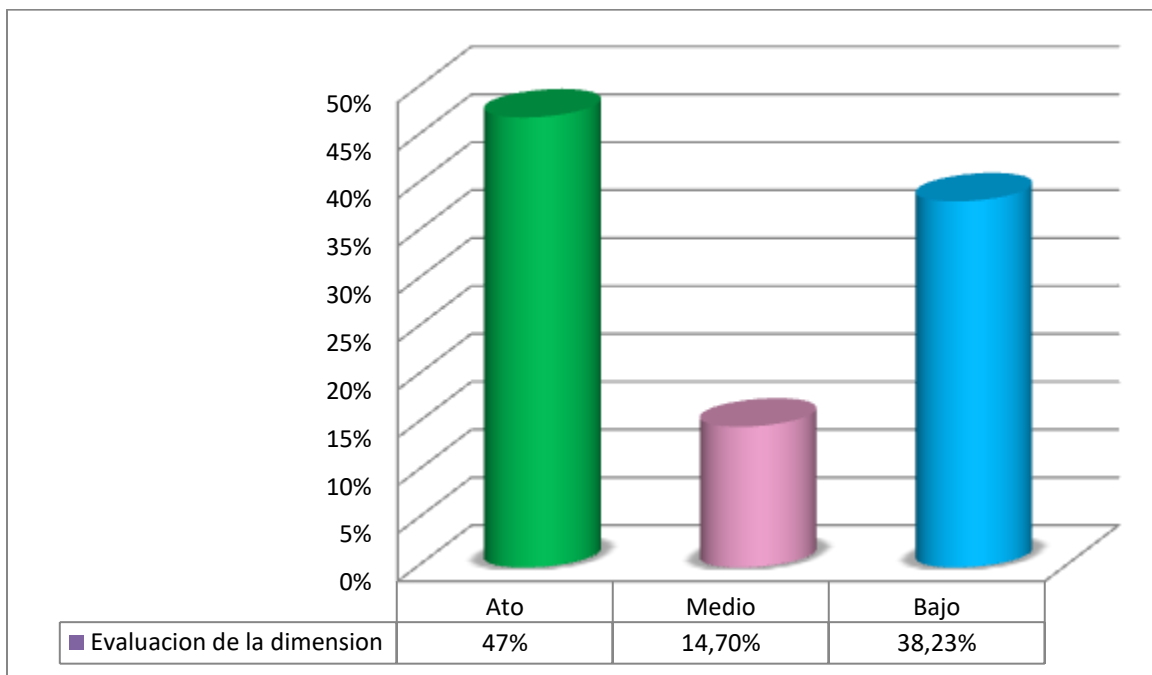
CUADRO 5

Dimensión de Unión y Apoyo de la Escala de Relaciones Intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.

Dimensión Unión y Apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	32	47%
Medio	10	14.70%
Bajo	26	38.23%
Total	68	100%

GRAFICA 5

Dimensión de Unión y Apoyo de la Escala de Relaciones Intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad en la Clínica de Consulta Externa los Reyes la Paz ISSEMYM de junio del 2017 a junio del 2018.



DISCUSION

El presente estudio se realizó con la finalidad de identificar las relaciones intrafamiliares que presentan los niños de 5 a 11 años de edad de ambos sexos, en la Clínica de Consulta Externa Los Reyes La Paz del ISSEMYM, en el periodo comprendido de junio del 2017 a junio del 2018.

Demostrando que las relaciones intrafamiliares en estos niños juegan un papel importante en el desarrollo de la obesidad.

Encontrando que la dimensión de expresión de emociones y sentimientos en la familia es la que está mayormente afectada en los niños que padecen obesidad.

Por otra parte este estudio nos sirve como comparativo en relación a la estadística nacional recabada por la encuesta realizada por la ENSANUT (2016) en la que se observa que los niños en edad escolar (5 a 11 años de edad) presentan una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 33.2% existiendo una gran diferencia con la población estudiada en la Clínica de Consulta Externa Los Reyes La Paz del ISSEMYM correspondiendo solo al 14.2% de la población escolar comprendida en ese rango de edad.

Sin embargo, existe concordancia en relación al sexo en el que se presenta con mayor frecuencia la obesidad, siendo el mayor porcentaje en hombres; representado por un 51.47%.

Por lo tanto, al ser la obesidad una patología de origen multifactorial se considera primordial ofrecer diversas alternativas para el combate de esta patología tomando como piedra angular la prevención con enfoque de riesgo, así como conocer a las familias y las relaciones que se generen entre sus miembros, orientándolos sobre los aspectos que puedan afectar la dinámica familiar, promoviendo la unión y el apoyo así como una adecuada expresión de pensamientos y emociones para establecer una buena comunicación que facilitará

la solución de conflictos y así poder incidir en un cambio de hábitos en los niños y con esto prevenir múltiples patologías, entre ellas uno de los más importantes problemas de la Salud Pública como lo es la obesidad.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la obesidad sigue siendo un problema de salud pública, ya que de acuerdo al registro epidemiológico de la Clínica de Consulta Externa los Reyes La Paz ISSEMYM el total de niños de entre 5 y 11 años de edad es de 104 y 68 de ellos padecen obesidad, esto es un 65% de la población total, estamos hablando de que más de la mitad de ese grupo etario presentan obesidad.

El presente estudio nos muestra que la edad en la que mayormente se presenta la obesidad es a los 11 años de edad y el género más afectado es el masculino.

Se cumplió con el objetivo general que era evaluar tres dimensiones de las relaciones intrafamiliares en niños con obesidad de 5 a 11 años de edad de la Clínica de Consulta Externa los Reyes La Paz ISSEMYM, en el periodo de junio del 2017 a junio del 2018, de acuerdo a los resultado obtenidos se puede afirmar que las relaciones intrafamiliares en estos niños juegan un papel importante en el desarrollo de la obesidad.

Encontrándose que la dimensión de expresión de emociones y sentimientos en la familia es la que se ve mayormente afectada en los niños que padecen obesidad.

BIBLIOGRAFIA.

Hernández, M. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: Resultados ponderados. [Presentación] Instituto Nacional de Salud Pública. 14 de diciembre 2016. Recuperado de:

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Recuperado de: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

Boletín de Práctica Médica Efectiva, "Obesidad Infantil", Instituto Nacional de Salud Pública, Noviembre del 2016.

Organización Mundial de la Salud. OMS. "Sobrepeso y Obesidad". Nota descriptiva No. 311, Mayo 2012. <http://www.who.int/es/>

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Fausto Guerra, Josefina, "Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México", Medigraphic, Vol. VIII, Número 2, Agosto, México, 2008.

OMS. "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud". 2006, Genève: OMS.

Rivera Heredia, María Elena, Andrade Palos Patricia. "Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.)" Uaricha Revista de Psicología, 14, 12-29 (2010)