

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL.**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL SOCIOECONÓMICO EN
FAMILIAS CON NIÑOS DE 2 – 4 AÑOS QUE PRESENTAN
OBESIDAD, EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 220
TOLUCA MEXICO, 2013”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA ESTADO DE MÉXICO**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C.y H: Cesar Saldivar Hernández.

DIRECTORA DE TESIS

E. en M.F: María Emiliana Avilés Sánchez

REVISORES DE TESIS

E. en M.F. Juana Becerril Esteban

M.I.C. Luis Rey García Cortés.

E. en M.F. Mónica López García.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

2014

TÍTULO

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL SOCIOECONÓMICO EN FAMILIAS
CON NIÑOS DE 2 – 4 AÑOS QUE PRESENTAN OBESIDAD, EN LA
CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 220 TOLUCA MEXICO, 2013”.**

DEDICATORIA:

A mi familia, ya que siempre han sabido administrar apoyo a mi persona en el momento correcto.

A mis padres Martín y Luz María quienes han sido los mejores consejeros, guías, amigos e inclusive cómplices en el andar de la vida. Gracias por dedicarme su vida.

A todos mis maestros que han dejado una parte de ellos para hacerme mejor profesionista.

A Dios que siempre ha estado ahí en los mejores y peores momentos.

ÍNDICE GENERAL

	Página
I Marco teórico	
I.1 Familia	6
I.2 Ciclo de vida familiar	8
I.3 Funcionalidad familiar	9
I.4 Nivel socioeconómico	11
I.5 Obesidad infantil	13
II Planteamiento del problema	
II.1 Argumentación	20
II.2 Pregunta de investigación	20
III Justificación	
III.1 Justificación académica	21
III.2 Justificación epidemiológica	21
III.3 Justificación económica	21
III.5 Justificación de medicina familiar	22
IV Hipótesis	20
IV.1 Variables	23
V Objetivos	
V.1 General	24
V.2 Específico	24
VI Método	
VI.1 Tipo de estudio	25
VI.2 Diseño de estudio	25
VI.3 Operacionalización de variables	25
VI.4 Universo de trabajo	26
VI.5 Muestra	26
VI.6 Criterios de inclusión, no inclusión y eliminación	26
VII Instrumentos de investigación	
VII.1 Cuestionario FF-SIL	
VII.1.1 Descripción	27
VII.1.2 Validación	27
VII.1.3 Aplicación	27
VII.2 Cuestionario AMAI 2020	
VII.2.1 Descripción	28
VII.2.2 Validación	28
VII.2.3 Aplicación	28
VIII Desarrollo del proyecto	29
VIII.1 Límite de espacio	29
VIII.2 Límite de tiempo	29
VIII.3 Diseño y análisis	29

	Página
IX Implicaciones éticas	30
X Resultados	31
XI Cuadros y gráficos	32
XII Discusión	37
XIII Conclusiones	38
XIV Recomendaciones	39
XV Bibliografía	40
XVI Anexos	42

I.- MARCO TEÓRICO

I.1 FAMILIA.

La familia es la organización según la UNESCO como la principal organización de la sociedad, ya que es en donde se inicia toda la maquinaria que la sustenta, en donde se incluyen e inculcan leyes, principios y formas de vida.

La OMS la define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Deriva del latín “famulus” que significa siervo y de la voz osca “famel” que significa esclavo doméstico.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) la define como aquel grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

Salvador Minuchin la define como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Gabriel Smilkstein (Creador del APGAR Familiar): la define como Grupo psicosocial conformado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero.

La definición de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. (1)

La familia es un sistema, que a su vez se compone de subsistemas, mismos que son: subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos), subsistema fraternal (hermanos).

CLASIFICACIÓN O TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA:

Es importante estudiar varios rubros de la familia para entender con qué elementos está integrada, y para ello se requiere el grado de desarrollo alcanzado

dentro de su contexto económico, el contexto demográfico de la familia, su comportamiento antropológico y la calidad y cantidad de sus interacciones con lo cual puede ser posible entender la salud o la enfermedad de la familia y de cada uno de sus miembros.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU DESARROLLO:

1. Moderna: tiene elementos de desarrollo en donde se reflejan las necesidades socioeconómicas actuales en donde se observa de manera activa en el ingreso económico que aporta también la mujer, no solo el jefe de esta familia.
2. Tradicional: refleja al gran conglomerado de familias de clase media en donde el padre es el que tiene a su cargo los ingresos económicos de la familia.
3. Arcaica o primitiva: está determinada por factores socioculturales y demográficos además de los elementos de identificación cultural. entre las familias indígenas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU ASPECTO DEMOGRÁFICO:

1. Urbana: viven en poblaciones citadinas en donde tienen acceso a servicios básicos de manera más fácil.
2. Rural: encajan en las familias arcaicas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU COMPOSICIÓN:

1. Nuclear: constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos.
2. Extensa: conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo
3. Extensa compuesta: integrada por el padre, la madre, los hijos, algún pariente y alguna otra persona sin parentesco familiar.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU FUNCIONALIDAD:

1. Funcionales: en las cuales se considera que se cumplen todas las funciones, se permite un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.
2. Disfuncionales: son las familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que se espera de ellos según las funciones que se le tienen asignadas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU OCUPACIÓN:

1. Familias campesinas: tiene como principal actividad el cultivo de la tierra
2. Familias obreras: tienen como característica principal contar con un empleo de base y una remuneración que les permitirá el acceso a ciertos satisfactores básicos de vida.
3. Familias profesionales: son en las que en su interior hay por lo menos un elemento con estudios superiores al nivel de técnico profesional o licenciatura.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA DINAMICA DE INTERACCIÓN ENTRE SUS MIEMBROS:

1. Familias integradas y solidarias
2. Familias desintegradas o con conflicto
3. Familias de cooperación o sub nuclearización, en alianza en torno a la madre, al padre u otro miembro de la familia. (2)

La familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana, es la estructura social básica funcional, de diferentes morfologías ha sobrevivido el paso del tiempo, es una entidad paradójica y evasiva que asume muchas apariencias , pero sin embargo es la misma en todas partes y en todos los tiempos , la ha moldeado la evolución de la sociedad de la humanidad, su historia, sus características sociales actuales inclusive la siguen modificando, pero no se destruye ni lo hará mientras exista la humanidad.

Es la familia en donde transcurren los primeros años de la vida, cuando recibe información para su estructuración biológica y psicológica, sin olvidar instrucciones de socialización.

I.2 CICLO DE VIDA FAMILIAR

Son las características de su evolución, durante la cual la familia se contrae a medida en que le entorno social con el que interactúa lo establece, al mismo tiempo que cada uno de sus integrantes se extiende.

Esto está determinado en diversos estadios llamado ciclo de vida familiar.

Son muchos autores los que han dividido el ciclo familiar pero la más aceptada es:

- Etapa constitutiva: inicia con la decisión de la pareja para llevar una vida en común.
- Etapa procreativa: inicia con la llegada de los nuevos integrantes de la familia.
- Etapa de dispersión: se inicia con la independencia del primero de los hijos y culmina con la separación del último de ellos, en esta etapa los padres deben facilitar que el hijo se haga independiente.
- Etapa final: inicia con la salida del hogar del último hijo cuando la pareja original queda nuevamente sola. Y se realizan ajustes que les permita vivir y prepararse para el retiro o jubilación.(3)

I.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

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

Diversos modelos de evaluación hacen hincapié en dos términos: adaptación y cohesión. Baldwin plantea, en su modelo Mc Master, que la función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas.

Minuchin basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí.

Cada uno de estos modelos enfatiza la importancia que tiene la estabilidad y buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un óptimo desarrollo de sus miembros. (4)

Este desarrollo puede verse obstaculizado por la incapacidad de la familia para modificar sus patrones de funcionamiento en los momentos de crisis, por lo que quedan atrapadas en interacciones mal adaptativas que no les permiten dar soluciones definitivas a los problemas que están presentando.

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad,

control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.(5)

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol.

El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente.

En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas. (6).

Las crisis familiares se producen cuando hay un desbalance entre las demandas y las capacidades de la familia, produciéndose entonces una desorganización del sistema familiar, que incluso puede concluir en la desintegración familiar.

Existen otras crisis las normativas las cuales son perfectamente esperadas de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentre la familia.(7)

Funciones básicas familiares:

- 1) **Socialización:** Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias. También puede entenderse como transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de

sus padres en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad.

- 2) **Cuidado:** Proveer a los miembros de la familia de alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional, atención a la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo las actividades recreativas culturales y educacionales que toda persona requiere. La protección biopsicosocial incluye la satisfacción sexual de la pareja
- 3) **Afecto:** Entendido como amor, cariño, entrega, comunión espiritual entre los miembros de la familia y su expresión grupal e individual. Definido como el objeto fundamental de "transacción dentro de la familia"
- 4) **Reproducción:** Proveer nuevos miembros a la sociedad, previa decisión consciente y responsable de perpetuación de los hijos.
- 5) **Estatus:** Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para trasmitirlas a los jóvenes.(8)

I.4 NIVEL SOCIOECONOMICO

El nivel socioeconómico es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. Es una escala predictiva que nos informa de manera indirecta el poder adquisitivo de una familia, representando con esto la capacidad de una familia a acceder a un conjunto de bienes y de estilos de vida.

Desde 1994, el índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI) se ha convertido en el criterio estándar de clasificación de la industria de la investigación de mercados en México.

El primer índice de clasificación AMAI se dio a conocer en 1994. Desde entonces, el índice ha evolucionado mejorando su capacidad de discriminación y predicción. El índice de nivel socioeconómico actual, conocido como Regla 13x6, clasifica a los hogares en seis niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables:

- Escolaridad del jefe del hogar
- Número de habitaciones
- Número de baños con regadera
- Tipo de piso
- Número de focos

- Auto
- Boiler o calentador,
- Lavadora de ropa automática
- Videocasetera
- Tostador de pan
- Aspiradora
- Horno de microondas
- Computadora personal

Con estas 13 variables se asignaron 6 niveles socioeconómicos diferentes.

A/B: Clase Alta – Es el segmento con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos de lujo con todos los servicios y comodidades.

C+: Clase Media Alta – Este segmento incluye a aquellos con ingresos y/o estilo de vida ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura. Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades.

C: Clase Media – Este segmento contiene a lo que típicamente se denomina clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares es de individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

D+: Clase Media Baja – Este segmento incluye a aquellos hogares con ingresos y/o estilos de vida ligeramente inferiores a los de la clase media. Son quienes llevan un mejor estilo de vida dentro de la clase baja. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.

D: Clase Baja – Este es el segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia es de individuos con nivel educativo de primaria en promedio (completo en la mayoría de los casos). Los hogares pertenecientes a este segmento son

propios o rentados, como vecindades y unidades interés social o de rentas congeladas.

E: Pobreza extrema -A este segmento se le incluye poco en la segmentación de mercados. El perfil del jefe de familia es de individuos con un nivel educativo de primaria incompleta. Estas personas suelen carecer de propiedades, por lo que rentan o utilizan otros recursos para conseguir vivienda. En un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austeros.(9)

Estudios que reportan información antes de la década de los noventa sobre la asociación entre el nivel socioeconómico (NSE) y exceso de peso, apoyaban la idea que la obesidad en países en vías de desarrollo era un problema de los estratos socioeconómicos altos, aunque otros estudios han concluido que en algunas sociedades en vías de desarrollo la obesidad -al menos en mujeres- se presenta más en NSE bajos.

Se ha señalado que a medida que el Producto Interno Bruto (PIB) de los países aumenta, los hombres de NSE más bajos tienden a perder su protección contra el exceso de peso y las mujeres acentúan su alta prevalencia a esta enfermedad. También se ha indicado que existe inequidad en la distribución de la obesidad en países en desarrollo cuando se alcanza un PIB de US \$2500 dólares per cápita, en estos países las mayores tasas de obesidad se observan entre los más pobres. (10)

I.5 OBESIDAD INFANTIL

La obesidad esta definida como un exceso de tejido adiposo en el organismo, y se considera actualmente un problema de salud pública ya que en el mundo afecta a los niños menores de 5 años y personas sobre todo mujeres en etapa reproductiva y productiva , las enfermedades que conllevan el padecer sobrepeso y obesidad son bien conocidas, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares en edad adulta, así como también aumentan los gastos de instituciones de seguridad social , que tienen que lidiar con una población que cada día es mayor en el número de pacientes con complicaciones de enfermedades crónico degenerativas ya sea diabetes , hipertensión, dislipidemia ,el sobrepeso y la obesidad que generan enfermedades metabólicas y osteomusculares .(11)

Estas incapacitan a una persona trabajadora en edad productiva con el consiguiente deterioro de su poder adquisitivo, y con esto perjudicando al nivel de ingresos per cápita de un país.

Es importante conocer los factores socioculturales que se encuentran como consecuencia de la obesidad en los niños menores de cinco años para entender las causas que lo originan y poder atacar de fondo esta patología.

Ya que es una seria problemática que afecta a millones de niños alrededor del mundo disminuyendo con esto un factor muy importante para el desarrollo de enfermedades metabólicas que esta causan, disminuyendo los gastos inmensos que las instituciones de salud de los diferentes países tienen que absorber por las complicaciones de estas enfermedades crónico degenerativas.

Esta enfermedad se comporta como una pandemia siendo mas agravante en nuestro país en el estado de Sonora con una tasa de obesidad de menores de 6 años de hasta un 45%, ahora muchos han sido los intentos de la secretaria de Salud con programas de activación física programas de educación alimentaria pero el problema persiste y va en aumento es por eso que los estudios tienen una tendencia a tratar de entender la génesis del problema haciendo de observancia que es en la familia en donde radica esta problemática.

Por eso se ha buscado en el ámbito de nivel socioeconómico nivel educativo de los padres de familia , inclusive del IQ de la madre, y de la funcionalidad familiar de estos pequeños, y se han dado cuenta que la funcionalidad familiar es la piedra triangular para presentar esta patología .

La OMS señala que si se erradicara la obesidad en la población las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes disminuiría hasta en un 60%, y con esto se reducirían las enfermedades coronarias así como la enfermedad cerebrovascular en un 20 % su prevalencia .(12).

Factores etiopatogénicos:

El peso corporal está programado genéticamente (“punto de ajuste”) manteniéndose estable mediante unos sistemas extraordinariamente precisos, que mantienen el balance entre la ingesta y el gasto energético. Sin embargo el aumento del aporte o la disminución del gasto energéticos, durante un largo periodo de tiempo, pueden generar obesidad.

- Factores genéticos:

- Poli génico: más de 430 genes se han asociado con la obesidad.

- Monogénicos: mutaciones en el gen de la leptina y de su receptor.
- Factores ambientales: tanto el crecimiento intrauterino como el RN con peso elevado para su edad gestacional se asocian con obesidad en la edad adulta.
- Familiares:
 - Obesidad paterna: del 70 al 80% de los niños obesos tienen al menos uno de los padres con obesidad.
 - El nivel socioeconómico y cultural bajos se relacionan con más Probabilidad de desarrollar obesidad
 - Estructura y funcionamiento familiar: más riesgo en niños que están más tiempo solos o cuidados por otras personas, en familias numerosas, en monoparentales o en separados.
- Alimentación:
 - El efecto protector de la lactancia materna sobre la obesidad posterior es más importante cuanto mayor sea su duración.
 - Tipo de grasa: peor la saturada de origen animal.
 - Zumos y refrescos
 - Los alimentos con *Índice glucémico* alto provocan una glucemia postprandial muy elevada. No producen saciedad y favorecen que la energía no utilizada se deposite como grasa.
 - La comida rápida tiene todos los ingredientes potencialmente adversos: grasa saturada, índice glucémico alto, gran densidad calórica, poca fibra, grandes raciones.
 - Televisión: promotora de la obesidad por la falta de actividad física y por la ingesta de alimentos de alto valor energético.

Formas de cuantificar la obesidad

- Densitometría
- DXA (Dual-Energy X-Ray Absorptiometry)
- Bioimpedanciometría
- Pliegues: tríceps, subescapular
- Perímetro cintura
- Percentiles de curvas de crecimiento: habría que relacionarlo con la talla.(14)

La familia es un sistema abierto, influido por factores externos, con repercusiones en los subsistemas que se encuentran dentro de ella (madre-padre, padre-hijo, hermanos) o en el individuo (cada miembro que conforma la familia).(15)

La manera como cada familia enfrenta y resuelve sus problemas determina que ésta sea funcional o disfuncional. Los métodos para evaluar dicha funcionalidad en la familia mexicana han variado y hasta el momento no existe un estándar de oro. Incluso, en Estados Unidos de Norteamérica, el Apgar familiar (método para valorar dinámica familiar) no ha logrado consolidar su utilidad. (16)

Aunque existen pocos estudios sobre la asociación de disfunción familiar con obesidad en niños y adolescentes algunos informes señalan que un ambiente intrafamiliar adverso puede condicionar mayor ingestión de alimentos en niños como mecanismo compensatorio.

Las alteraciones de la dinámica familiar se han visto exacerbadas por la ausencia de espacios físicos adecuados para el esparcimiento, lo cual ha propiciado que los niños permanezcan más horas frente al televisor, con mayor proclividad al consumo de “productos chatarra” estimulado por los mensajes televisivos y con menor tiempo para la actividad física. Todos estos factores actúan de manera simultánea para provocar un incremento desmedido en la prevalencia de obesidad entre escolares y adolescentes. (17)

En México diversos estudios han documentado una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, así fue el resultado de la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ENRBAL) llevada a cabo en 2005 en donde se observa una prevalencia de sobrepeso y obesidad de hasta el 34.2 % de los niños en edad preescolar, y teniendo en cuenta que un aumento en la grasa corporal desde esta edad constituye un riesgo de padecer híper insulinemia y resistencia a la insulina que concluiría en un padecimiento de diabetes o dislipidemia con las consecuentes agravantes a la salud que esto conlleva.

De acuerdo al indicador de peso para la edad que se desarrolló en la población del estado de México de la Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el medio Rural 2005 en un muestreo representativo de 1837 niños y niñas con un 50% de cada sexo, se recabo que el 3.8 % de los niños y el 3% de las niñas presentaba obesidad que en referencia al indicador de peso para la talla un grado de obesidad del 7.8% en niños y en mujeres de 7.1%.

La inseguridad alimentaria es un factor de riesgo que hace que un niño no cuente con diversidad de los diferentes grupos alimentarios lo cual esta asociado a un factor de riesgo para la obesidad. (18)

Esta conducta se ha observado más frecuentemente en sociedades de bajos recursos económicos.

Ya se ha estudiado que los menores con inseguridad alimentaria consumen menos cereales integrales, frutas, verduras, lácteos y carnes magras, con menor consumo de ingesta de hierro y vitamina B6 así como magnesio aumentando ingesta de huevo, carnes con alto contenido de grasas.

Además que el metabolismo que sufren por exponerse de manera frecuente a la inseguridad alimentaria hace que su metabolismo tenga una tendencia anabólica, es entonces cuando se resurten los alimentos en su casa con alto contenido energético y bajo aporte nutricional.

La familia es un factor determinante para una buena difusión de caracteres educativos sobre una buena alimentación, y sobre todo la buena elección de alimentos de los diferentes grupos, pero también esta determinado por el nivel socioeconómico con el que cuente la familia, ya que en estudios previos se ha determinado que en niveles socioeconómicos bajos se observa frecuentemente obesidad, esto esta facilitado por el nivel de estudios por los padres.(19)

En obesidad en niños de 3-5 años tiene causas multifactoriales, además de la inseguridad alimentaria, y del nivel socioeconómico que lo conlleva, la funcionalidad familiar es también de aspecto cultural, y de los alimentos chatarra con los que se bombardea por medio de los medios de comunicación, con alto contenido de carbohidratos grasas de origen animal, conservadores, bebidas azucaradas y carbonatadas.

En el año 2011 se realizo un estudio en España en donde realizaron por medio de cuestionarios sobre hábitos de alimentación a niños en etapa escolar en una primaria de la ciudad de Montijo en Granada España en donde el 85 % de los niños encuestados provenía de una familia tradicional obesogenico , con tendencia a la mala alimentación , con ingesta elevada de carbohidratos , grasas y alimentos chatarra, pero sobretodo con pobre ingesta de vegetales hasta en un 26%, así como poca actividad física en un 30% y con perdida del día en ver televisión y jugar con consolas. Cabe destacar que esta primaria es de orden privado en una sociedad de altos recursos económicos .

Debemos suponer que un factor importante en el desarrollo de obesidad en un niño en etapa preescolar será la familia obesogénica en donde la dieta y los hábitos de actividad física son inculcados en el seno familiar.

Brindando con esto las características de la función familiar básica de cuidado y afecto.

Los niños sobre todo en etapa preescolar son vulnerables a moldear su conducta utilizando el canal de comunicación que el cuidador debe conocer mejor. (20)

Influencia familiar en la obesidad infantil

El modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos se encuentran fuertemente condicionados durante la etapa infantil por el contexto familiar, puesto que es en este periodo cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias los progenitores influyen en el contexto alimentario infantil. Con modelos, a menudo, permisivos con la elección de la alimentación de sus hijos y en aspectos tales como el tipo, la calidad, la cantidad y los horarios en que se lleva a cabo. (21)

Esta circunstancia parece verse influida por la disponibilidad de alimentos de elevado contenido calórico en el hogar, por ciertas tradiciones familiares y por la publicidad en los medios de comunicación, que fomenta el consumo de alimentos poco saludables. Incluso, en no pocos casos, transmitiendo información y conceptos nutricionales erróneos. (22)

Otro factor presumiblemente implicado en el empeoramiento del estado nutricional de los menores tiene que ver con quién es la persona encargada de elaborar el diario menú familiar .

Algunos estudios al respecto indican que el estado nutricional de los menores empeora cuando no es la madre la persona responsable de programar y elaborar la comida familiar, que queda en muchos casos en manos de la abuela, el padre o una empleada doméstica.(23)

El contexto social actual en el que se desenvuelve la familia moderna, da lugar a que los planes sobre la alimentación sean discutidos y negociados frecuentemente Entre padres e hijos, por lo que las decisiones finales, en muchos casos, se ven condicionadas por la insistencia, o por la manipulación de los menores.

En ese sentido, otros factores presuntamente implicados en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad entre los menores sería el hecho de si la familia come o no junta diario, y al tiempo que los padres pasan fuera del hogar por motivos de trabajo.(24).

Así pues, se ha propuesto que los chicos que comen solos poseen un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, frente a los que comen en compañía de su familia. (25)

Los niños de familias de madres solteras, y en particular los niños que son hijos únicos, tienen un riesgo mayor de ser obesos que los niños que viven con dos padres y que los niños que tienen hermanos. Estos hallazgos destacan la influencia que tiene la familia con respecto a la obesidad infantil. Además, indican que los proveedores de atención médica deben considerar la estructura familiar de los niños al hablar con las familias sobre la obesidad infantil. (26)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1.-Argumentación:

La obesidad es uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de múltiples enfermedades, y entre estas, la diabetes mellitus que más gasto ocasiona al sector salud, sumando las complicaciones que la enfermedad integra y la depleción al nivel de calidad de vida que esta ocasiona.

Es de vital importancia desvelar todos los factores que engloba la obesidad, una de estas es la funcionalidad familiar, ya que es en el seno de la familia en donde se debería llevar a cabo medidas preventivas como: orientación, comunicación, que trataran de disminuir el riesgo de presentar esta enfermedad.

El nivel socioeconómico es un punto que se ha estudiado de manera aislada del factor de la funcionalidad familiar, pero es claro que existe una relación directa entre el poder adquisitivo y la inseguridad alimentaria, que son factores de riesgo para crear estrés en el ambiente familiar, que se traduce en disfunción en el sistema. Creando problemas en algunas funciones familiares de cuidado, afectando comunicación y armonía familiar.

Pero se encuentran las familias actuales con otro problema, que es el bajo poder adquisitivo, que se complica debido a la alza de los productos de la canasta básica, originando un fenómeno social cada vez más frecuente llamado inseguridad alimentaria ,creando un ambiente de estrés familiar, debilitando la función familiar de afecto y cuidado.

II.2.- Pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en las familias con niños de 2-4 años que presentan obesidad, en la consulta externa de la UMF 220 Toluca México en el año 2013?

III. JUSTIFICACIONES

III.1.-Justificación académica:

Considerándose actualmente a la obesidad como un problema de salud pública que afecta a la población a nivel internacional. Afecta de manera importante a nuestro país debido a que contamos con el primer lugar a nivel mundial de obesidad en niños, por lo que es importante realizar estudios de investigación sobre alimentación en niños y el tipo de familia a la que pertenecen, dado que la familia influye en la presentación de la obesidad.

Este estudio se realiza con el objeto de obtener el título de especialista en medicina familiar.

III.2.-Justificación epidemiológica.

La prevalencia de la obesidad está relacionado considerablemente en los grupos de bajo nivel económico. Se ha reportado que existe mayor prevalencia de obesidad en mujeres en edades de 12-49 años y en niños menores de 5 años.

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, sobre todo en áreas urbanas.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en preescolares fue de 16.7%; en escolares de 26.2%, y en adolescentes de 30.9%, la cual gran diferencia con la última versión del ENSANUT 2012, en donde solo incrementa en niños escolares del norte del país en cuanto a sobrepeso y obesidad.

III.3.- Justificación económica:

El Nivel Socioeconómico es uno de los factores importantes que determina que alimentación reciben los menores, ya que cuando la calidad de los alimentos es pobre, por lo general es rico en hidratos de carbono, condicionando con esto un ambiente obesogénico.

Según la OMS existen 1200 millones de obesos en el mundo, de estos 70 millones son Mexicanos, generando riesgos a la salud para enfermedades crónicas degenerativas como diabetes Mellitus, aumentando el gasto nacional que implican estas enfermedades.

Si se sabe que se aumenta el gasto a nivel nacional, a nivel familiar también se ve afectado el patrimonio, por eso es importante concientizar a las familias que la obesidad causa enfermedades y esta a su vez merma la economía familiar que se podría utilizar para aspectos de superación de los integrantes.

III.4.-Justificación de medicina familiar:

La medicina familiar reconoce a la obesidad infantil como una entidad multifactorial, reconoce además que la obesidad infantil causa sufrimiento, daños a la salud y una mortalidad temprana, y que los niños con obesidad son sujetos a un enorme estigma social y discriminación.

Las actividades que competen al médico familiar se basan en la atención preventiva, integral y continua del paciente y su familia, siempre bajo una perspectiva biopsicosocial, orientando a los integrantes del sistema familiar blanco principal de su profesión sino también de implementar acciones en el manejo de la obesidad y su prevención.

IV. HIPÓTESIS

En las familias de niños con obesidad de 2-4 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar número 220 de Toluca predomina la familia disfuncional y el nivel socioeconómico más frecuente es el bajo.

IV.1.- Variables:

Independiente: Familias de niños con obesidad

Dependiente: 1.- Nivel socioeconómico.

2.- Funcionalidad familiar

V. OBJETIVOS:

V.1.-Objetivo general

Identificar la funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico predominante de las familias con niños de 2-4 años con obesidad que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca.

V.2.-Objetivos específicos

- 1.-Identificar niños con obesidad y clasificarlos por edad y género.
- 2.-Conocer cuál es el nivel socioeconómico más frecuente en familias de niños con obesidad.
- 3.-Determinar que tipo de funcionalidad familiar es más frecuente en familias de niños con obesidad.
- 4.-Identificar por género el grado de obesidad más prevalente en niños de 2-4 años.
- 5.-observar la distribución de los tipos de funcionalidad familiar en los diferentes niveles socioeconómicos.

VI.-MÉTODO

VI.1.-Tipo de estudio

Estudio observacional transversal y descriptivo.

VI.2.-Diseño de estudio

Una vez que se identificaron a las familias de niños con obesidad que acuden a la consulta externa de medicina familiar, se les explico de manera verbal el objetivo del estudio, y se les invito a participar, una vez aceptado y después de haber firmado la carta de consentimiento informado se aplicaron los cuestionarios a los padres de los niños con edades de 2-4 años con obesidad que acuden a la consulta externa de la UMF 220, de forma individualizada.

VI.3.-Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL MEDICION	INDICADOR	ITEM
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	Es a capacidad que tienen los integrantes de la familia para superar sus problemas	Cualitativa ordinal	-Fam funcional(50-57 puntos) -Fam mod. funcional (56-43 pto) -fam disfuncional (42-28 pto) -Fam severamente disfuncional(27-14 pto)	(1-12)
NIVEL SOCIOECONOMICO	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Es el nivel adquisitivo que tiene un grupo para satisfacer sus necesidades primordiales	Cualitativa ordinal	Rica Media alta Media Media baja Pobre Pobreza extrema	(1-10)
GÉNERO	Roles y comportamientos de hombres y mujeres desde un punto de vista social	Conductas que adoptan hombres y mujeres en la sociedad.	Cualitativa nominal	1) Masculino Femenino	(2)
OBESIDAD	incremento del peso corporal con desequilibrio en las proporciones del organismo, aumenta la masa grasa con anormal distribución corporal	Aumento del índice de masa corporal por arriba de lo establecido como normal.	Cualitativa ordinal.	Grados: I.-30-34.9 II.-35-39.9 III.- >=40	(4-6)

VI.4.-Universo de trabajo.

Está constituido por las familias de los niños de 2-4 años con diagnóstico de obesidad que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 220 Toluca Estado de México, de lunes a viernes en los turnos matutino y vespertino.

VI.5.-Muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia obteniendo un total de 149 familias de niños con obesidad.

VI.6.-Criterios de inclusión

- Familias de niños con edad de 2-4 años que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 220 Toluca con diagnóstico de obesidad.
- Familias de niños con diagnóstico de obesidad, en compañía de algún padre o tutor que autorice el consentimiento informado del estudio.

VI.7.-Criterios de no inclusión

- Familias de niños con edad de 2-4 años que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 220 Toluca con obesidad y alguna patología crónica degenerativa agregada
- No aceptar participar en el estudio.

VI.8.- Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

VII.- INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Para el presente estudio se utilizó el cuestionario FF-SIL (anexo 2) para valorar funcionalidad familiar, y el AMAI 2010 (anexo3) para valorar el nivel socioeconómico familiar.

VII.1.-CUESTIONARIO FF-SIL

VII.1.1.-Descripción:

Es un cuestionario que se utiliza para determinar el funcionamiento familiar diseñado en Cuba por Ortega, De la Cuesta y Díaz en 1999, en la Universidad de la Habana Cuba.

Cuestionario corto de 14 reactivos, cada pregunta tiene 5 posibles respuestas que son: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), A veces (3 puntos), Muchas veces (4 puntos), Casi siempre (5 puntos), de la cual se obtiene el puntaje final que clasifica la funcionalidad familia en: Familia funcional (57-70 puntos), Familia moderadamente funcional (43-56 puntos) Familia disfuncional (28-42 puntos), Familia severamente disfuncional (14-27 puntos).

VII.1.2.-Validación:

Esta prueba fue sometida en 1994 y en el año 2000 a varios procesos de validación por los expertos que evidenciaron su confiabilidad y su validación. (De la Cuesta Freijomil Dolores, Pérez González Esther, Louro Bernal Isabel). "Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento" (Tesis de Maestría en Psicología de la Salud).

Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública, 1994 López Sutil "Validación de la prueba de funcionamiento familiar a escala comunitaria". Facultad "Calixto García". Esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el dinamismo familiar. Se validó con α de Cron Bach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$).

VII.1.3.-Aplicación:

Esta prueba ha sido utilizada en 2011 en Tabasco en el estudio funcionalidad familiar y conducta de riesgo en adolescentes, en donde la prueba se ajustó a las necesidades de conocer el ámbito de la funcionalidad familiar en estos jóvenes. También utilizado en el estudio funcionamiento familiar en paciente pediátricos con epilepsia publicado por la asociación oaxaqueña de psicología A. C. por Vargas y Sánchez en el 2008.

VII.2.-CUESTIONARIO AMAI

VII.2.1.-Descripción:

El cuestionario AMAI tomado del Instituto de Investigaciones Sociales S.C. utilizado en la Encuesta Nacional Ingreso. Egreso INEGI 2008, se usa para determinar el nivel socioeconómico familiar. Es un cuestionario simple de 9 preguntas sencillas que clasifican a la familia según su puntaje en: Estatus rico (242 y mas), alto (192-241), medio (156-191) , media baja (102-156), pobre (61-101) y pobreza extrema(60 o menos).

VII.2.2.-Validación:

Desde 1994 AMAI ha homologado la definición y medición del NSE en México. El índice de NSE de AMAI se ha convertido en el criterio estándar de clasificación de la industria de la investigación de mercados en México. Desde entonces, el índice ha evolucionado mejorando su capacidad de discriminación y predicción.

VII.2.3.-Aplicación:

El cuestionario de AMAI se utilizó en comparación con la distribución de niveles socioeconómicos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004, realizada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). En donde se estimó una muestra de 25115 hogares, y se obtuvieron resultados muy parecidos, por lo tanto se estableció como base el cuestionario AMAI para las subsecuentes encuestas nacionales.

VIII.- DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizó previamente aprobado por el comité local de investigación del IMSS HGR 220 Toluca Estado de México, se seleccionó a aquellas familias de niños que cumplieron con los criterios de inclusión.

Al padre o tutor de estos niños se les hizo la invitación para participar en la presente investigación, aquellos que cumplieron con los criterios y aquellos que aceptaron se les hicieron entrega de un formato de consentimiento informado mismo que firmaron en forma voluntaria. Se procedió a la aplicación de cuestionarios FF-SIL de funcionalidad familiar, y AMAI 2010 de nivel socioeconómico.

Una vez obtenida la información se procedió a la evaluación, procesamiento y tabulación por métodos computacionales (Excel 2010) se realizó el análisis de dicha información

VIII.1.-Límite de espacio:

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la unidad de medicina familiar 220 del IMSS Toluca.

Límite de tiempo:

El presente estudio se realizó durante agosto 2012- agosto 2013.

VIII.2.-Diseño y análisis:

Una vez obtenida la información se clasificó para la elaboración de cuadros y gráficas, con un análisis estadístico descriptivo, con medidas de tendencia central (moda) para obtención de frecuencias y porcentajes.

La base de datos se concentró en el programa Excel 2010.

IX.- IMPLICACIONES ETICAS

Este estudio se llevó a cabo cumpliendo con los contenidos del informe de Belmont, donde se estipulan los principios éticos básicos, que deben regir la investigación biomédica, se determinó la funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en las familias de niños con obesidad.

El informe Belmont consiste en una diferenciación entre investigación y práctica, la disertación de 3 principios éticos básicos, con participantes apropiados a la ética de investigación que incluyen seres humanos, los principios de respeto a las personas, la beneficencia y justicia.

Con las normas dispuestas en el título quinto capítulo único, la cual se apega a la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial con principios éticos aplicables a las investigaciones médicas que involucran seres humanos, con su última modificación en la 59 asamblea general Seúl Corea, en octubre del 2008.

Cumpliendo con los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Además de haber sido sometido a evaluación y aceptación por el comité de investigación del HGR 220 Toluca. Se realizó el presente estudio.

X.- RESULTADOS

Se estudiaron 149 familias de niños con obesidad de los cuales se encontraron:

1.- Del género masculino con un total de 70 (47%) de los cuales en edad de 2 años fueron 19 (12.75%), de 3 años 29 (19.46%) y de 4 años 22 (14.78%).

Del género femenino con un total de 79 (53%) niños, de los cuales en edad de 2 años fueron 28 (18.79%), de 3 años 32 (21.47%) y de 4 años 19(12.75%). (Cuadro y grafica 1).

2.- De acuerdo al Nivel Socio económico se obtuvieron: 2 familias(1.34%) con Nivel socioeconómico rica, 6(4.02%) media alta, 50 (33.55%) media, 77 (51.67%) media baja, 11 (7.38%) pobre y 3(2.01%) pobreza extrema. (Cuadro y gráfica 2).

3.-En cuanto a la funcionalidad familiar se obtuvo que: 37 (24.83%) corresponden a familia funcional, 49 (33.88%) moderadamente funcional, 32 (21.47%) disfuncional y 29 (19.46%) severamente disfuncional. (Cuadro y grafica 3)

4.-De los 70 niños detectados del género masculino: 38 (26%) con obesidad grado I, 27 (18 %) con obesidad grado II y 5 (3%) con obesidad grado III.

De los 79 niños detectados del género femenino: 50 (34%) con obesidad grado I, 24 (16%) con obesidad grado II y 5 (3%) con obesidad grado III. (Cuadro y gráfica 4).

5.- Se observa la siguiente distribución de los tipos de funcionalidad familiar en los distintos niveles socioeconómicos.

Funcional: 3(2%) con nivel socioeconómico media alta, 16(10.73%) nivel medio, 18 (12%) nivel media baja, 1 (0.7%) nivel pobre.

Moderadamente funcional: 1(0.7%) con nivel socioeconómico rico, 1(0.7%) nivel media alta, 2 (1.34%) nivel medio, 15 (10.06%) nivel media bajo, 7 (4.5%) nivel pobre 1 (0.7%) nivel pobreza extrema.

Disfuncional: 1 (0.7%) con nivel socioeconómico rica, 14 (9.39%) nivel medio, 17 (11.5%) nivel media bajo, 2 (1.4%) nivel pobre, 1 (0.7%) nivel pobreza extrema.

Severamente disfuncional: 2 (1.4%) con nivel socioeconómico medio alta, 12 (8%) nivel medio, 13 (8.72%) nivel medio bajo, 1 (0.7%) pobre, 1 (0.7%) nivel pobreza extrema.(Cuadro y gráfica 5)

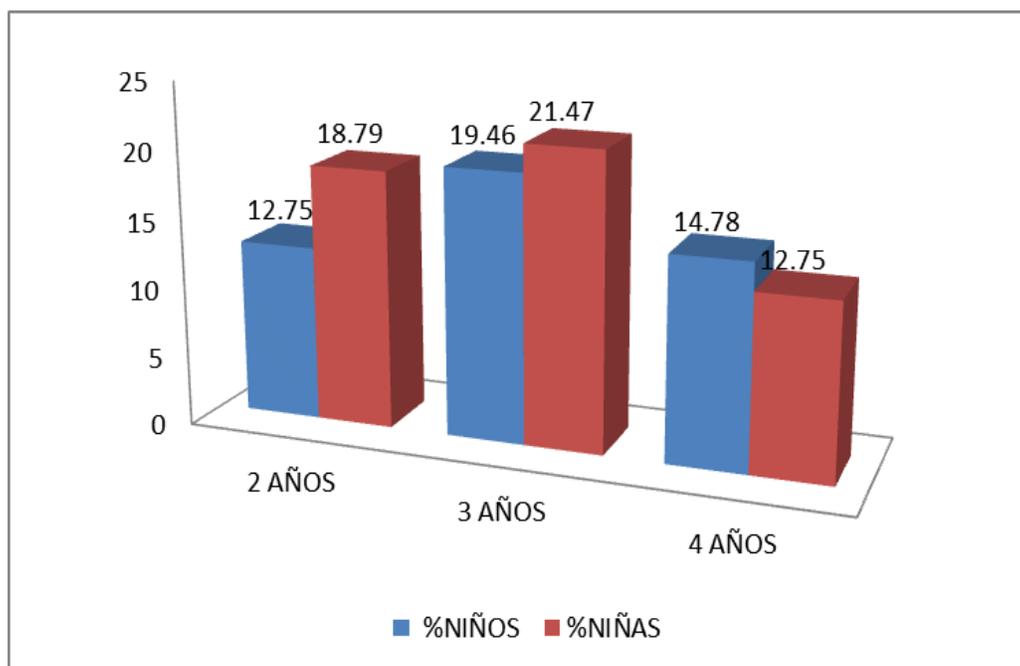
XI.-CUADROS Y GRÁFICOS

**TABLA 1:
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS POR GÉNERO Y EDAD CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD.**

EDAD	NIÑOS	%	NIÑAS	%	TOTAL %	TOT. NIÑOS
2 AÑOS	19	12.75 %	28	18.79 %	31.54%	47
3 AÑOS	29	19.46 %	32	21.47 %	40.93%	61
4 AÑOS	22	14.78 %	19	12.75 %	27.53%	41
TOTAL	70	46.99 %	79	53.01 %	100%	149

Fuente: Concentrado de datos

**GRAFICA 1:
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS POR GÉNERO Y EDAD CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD.**



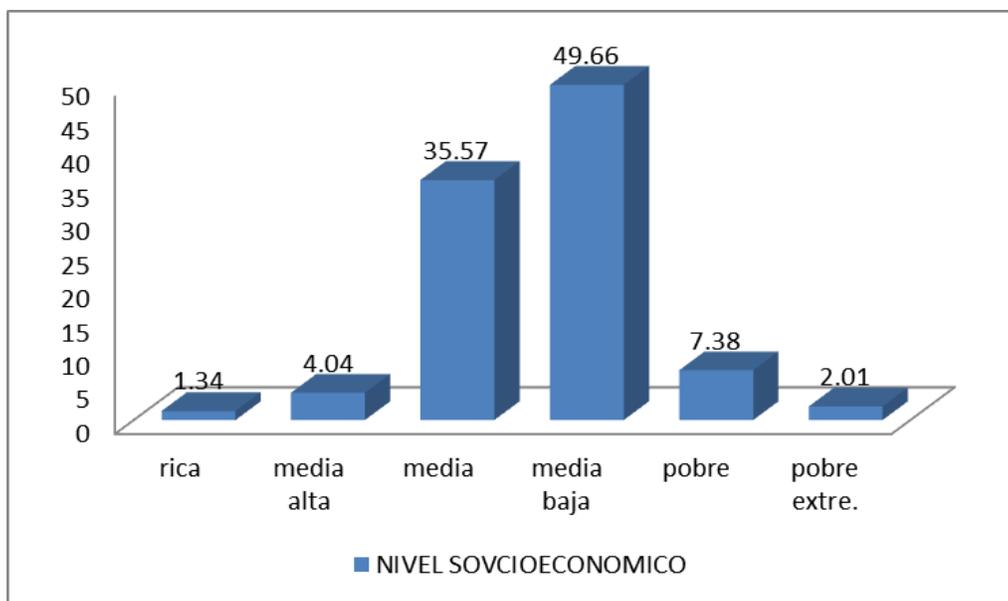
Fuente: Tabla 1.

TABLA 2:
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO.

nivel socioeconómico	núm. familias	porcentaje
rica	2	1.34 %
media alta	6	4.04 %
media	53	35.57 %
media baja	74	49.66 %
pobre	11	7.38 %
pobre extre.	3	2.01 %
TOTAL	149	100 %

Fuente : Concentrado de datos

GRAFICO 2:
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO.



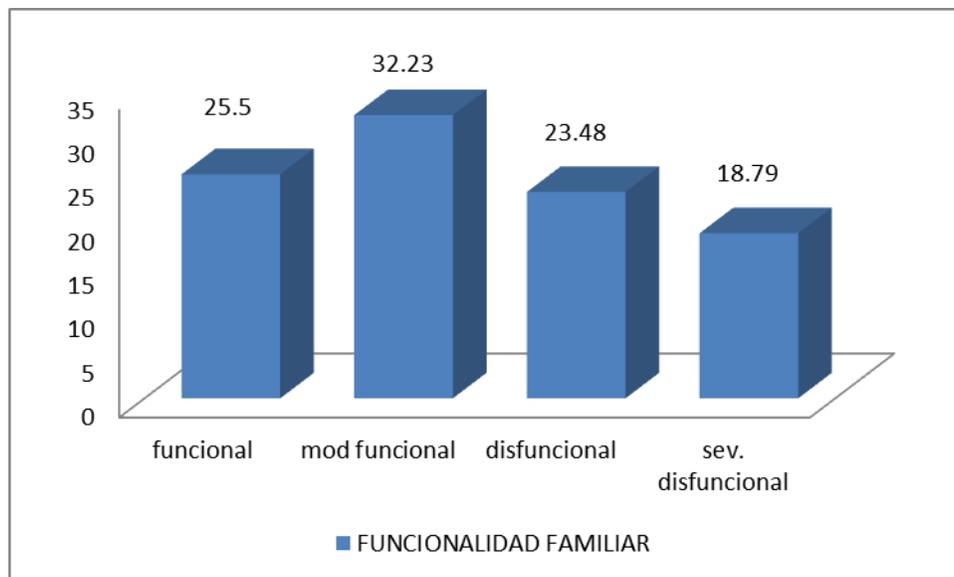
Fuente :Tabla 2

**TABLA 3:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD.**

FUNCIONALIDAD FAM	NUM FAM	PORCENTAJE
funcional	38	25.5 %
mod funcional	48	32.23 %
disfuncional	35	23.48 %
sev. disfuncional	28	18.79 %
TOTAL	149	100 %

Fuente: Concentrado de datos

**GRAFICA 3:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD.**



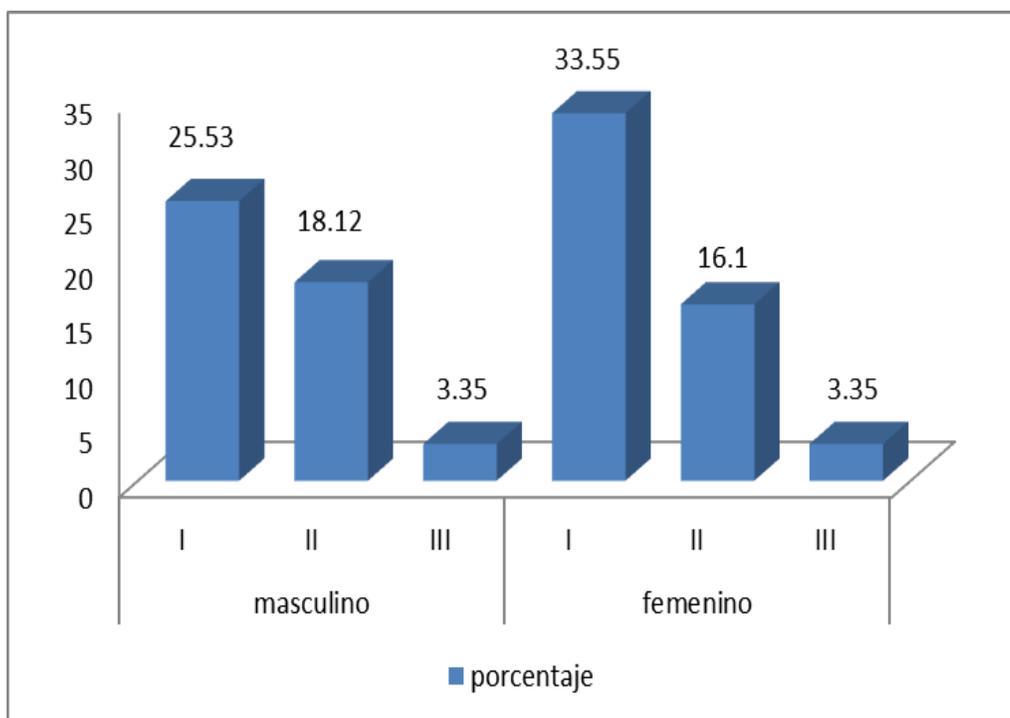
Fuente: Tabla 3

**TABLA 4:
GRADOS DE OBESIDAD POR GÉNERO EN LOS NIÑOS DE 2-4 AÑOS.**

Genero	Tipo obesidad	frecuencia	porcentaje
masculino	I	38	25.53 %
	II	27	18.12 %
	III	5	3.35 %
femenino	I	50	33.55 %
	II	24	16.1 %
	III	5	3.35 %
TOTAL		149	100 %

Fuente: Concentrado de datos

**GRAFICA 4.-
GRADOS DE OBESIDAD POR GÉNERO DE LOS NIÑOS DE 2-4 AÑOS.**



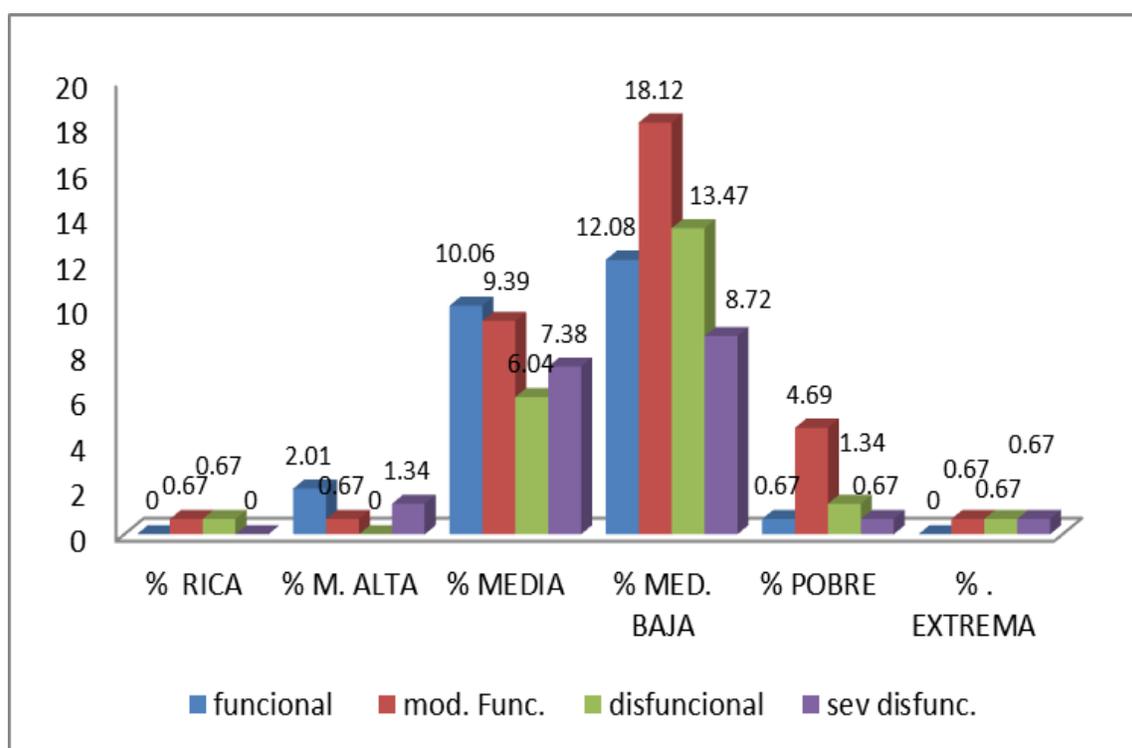
Fuente: Tabla 4

**TABLA 5:
TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DIFERENTES NIVELES
SOCIOECONÓMICOS.**

FUNCIONALIDAD	NIVEL SOCIOECONÓMICO												TOT %
	rica	%	m. alta	%	media	%	med.baja	%	pobre	%	p.extrema	%	
funcional	0	0	3	2.01	15	10.06	18	12.08	1	0.67	0	0	24.85
mod. Func.	1	0.7	1	0.67	14	9.39	27	18.12	7	4.69	1	0.67	34.24
disfuncional	1	0.7	0	0	9	6.04	20	13.47	2	1.34	1	0.67	22.22
sev disfunc.	0	0	2	1.34	11	7.38	13	8.72	1	0.67	1	0.67	18.78
TOTAL	2	1.4	6	4.02	49	32.91	78	52.39	11	7.37	3	2.01	100

Fuente : concentrado de datos

**GRAFICA 5.-
TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DIFERENTES NIVELES
SOCIOECONÓMICOS.**



Fuente: Tabla 5.

XII DISCUSIÓN:

Se observó una distribución similar en el número de niños de 2 – 4 años en cuanto a genero se refiere, obteniendo un número de 70 niños del género masculino y 79 del género femenino.

En este estudio encontramos en el nivel socioeconómico lo siguiente: 51.67 % con clase media baja. Lo cual no corresponde a lo encontrado en el estudio “Nivel socioeconómico y estado nutricional un estudio en escolares” del 2007 que señala que el nivel socioeconómico predominante es el de clase baja en los niños con obesidad.

Encontramos en la funcionalidad familiar lo siguiente: familias moderadamente funcionales en un 33.88% lo cual difiere a los resultados obtenidos en el estudio “Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar” de Imelda E. de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010. En donde se encontró que las familias predominantes fueron disfuncionales.

Los resultados de la distribución de la funcionalidad familiar en los diferentes grados de nivel socioeconómico observamos una mayor frecuencia en el nivel medio bajo en un 52.39 % y familias moderadamente funcionales en un 34.24 %. No correspondiendo a los resultados obtenidos en el estudio “Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar”, en donde se encontró que la funcionalidad familiar más frecuente fue de disfuncionales , y el grupo en donde se encontró mayor tendencia la obesidad fue el de los padres con licenciatura, lo cual se podría interpretar como un nivel socioeconómico más alto, ya que es un rubro muy importante en el cuestionario de AMAI 2010.

XIII CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos sobre el nivel socioeconómico más frecuente, es el bajo y en cuanto al nivel de funcionalidad familiar más frecuente es el de moderadamente funcional por lo cual no se cumple la hipótesis planteada en este estudio, ya que los estudios en donde se analizaron la obesidad y el nivel socioeconómico son en población abierta, y dado que este estudio se realizó en población institucionalizada de familias de trabajadores asalariados en su mayoría, se puede encontrar un nivel socioeconómico más alto debido a la seguridad social que comparten.

Por lo tanto se concluye que la hipótesis de trabajo no se cumple. Probablemente sea debido a las características de la población en donde se aplicó este estudio por los motivos antes mencionados.

XIV RECOMENDACIONES:

Se debe realizar detección oportuna de niños con problemas de sobrepeso y obesidad en la consulta de primer contacto, y valorar la funcionalidad familiar, para iniciar seguimiento de ésta, evaluándolas con el estudio familiar.

Además de orientación permanente de hábitos correctos de selección de alimentos y de alimentación por parte de todo el equipo de primer contacto no solo del área de medicina familiar.

Hacer consciente a las familias de la UMF 220 que acuden a la consulta externa de medicina familiar sobre los riesgos a la salud en todos los aspectos tanto orgánicos como psicológicos que conlleva la obesidad en etapas tempranas de la vida.

Establecer grupos y realizar talleres para niños y padres sobre nutrición apoyado por un psicólogo, nutriólogo y médico familiar e inculcar a las familias planes de ejercicio adecuados y programas de alimentación correctas.

En foros y ferias de salud se debe hacer hincapié a la población en general acerca de la problemática real de la obesidad en etapas tempranas de la vida, y como la funcionalidad familiar juega un papel importante en la presentación de esta patología, haciendo hincapié en que el nivel socioeconómico si bien es importante no es decisivo , y que una correcta selección de alimentos para el consumo familiar es determinante para una mejor calidad de vida.

XV BIBLIOGRAFÍA

- 1).-Huerta G: "Medicina familiar .La familia en el proceso salud enfermedad." Ed. Alfil. Méx. D.F. 2005 Pp:11-13.
- 2).-Membrillo L.A. Fernández O.M. Quiroz P.J. Rodríguez J.L."Familia introducción al estudio de sus elementos" Ed. De textos Mexicanos S.A. de C.V. Méx DF 2008 Pp: 35-49.
- 3).- Anzures CR. Chávez AV. García PC. Pons AO. Medicina Familiar. México. Corporativo Intermedica SA de CV. 2008.
- 4).- Sánchez O." Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las Personas con Discapacidad". Ed.PROLAM México 2000.
- 5).- García M., " Funcionalidad familiar". Rev. Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; Num15 Vol. 1 Pp: 21-26.
- 6).- López M." Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional" Salud Mental 2011 Vol.34 P.p.111-120.
- 7) Irigoyen C.A. "Nuevos fundamentos de medicina familiar" Ed. Medicina Familiar Mexicana, 3ra. Ed. México 2008.
- 8).- Membrillo L.A. Fernández O.M. Quiroz P.J. Rodríguez J.L."Familia introducción al estudio de sus elementos" Ed. De textos Mexicanos S.A. de C.V. Méx DF 2008 Pp 79-86.
- 9).- Encuesta Ingreso-Gasto INEGI 2004,2006 y 2008.
- 10).- Adjemian D. "Nivel socioeconómico y estado nutricional. Un estudio en escolares". Archivos latinoamericanos de nutrición. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile 2007 Vol. 57 N° 2.
- 11).- Loaiza M S, Bustos M P, Factores asociados al exceso de peso durante el primer año de vida. Rev. Chil. Pediatría 2007; 78(2): Pp:143-150.
- 12).- Hernández B. "Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar": resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999., DSC /salud pública de México / INSP vol.45, suplemento 4 de 2003.
- 13).- Pizarro Q." intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles". Rev chilena. Pediatría. Santiago de Chile feb 2007 vol. 78:1 Pp26-32.
- 14).- Vásquez G E M, y cols."Guía Clínica para el diagnóstico, tratamiento y Prevención del sobrepeso y obesidad en pediatría". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; Vol.45 Num 2 Pp.173-186.
- 15)Cox M, Paley B. "Families as systems". Ann Rev Psychol 1997;48:243-267.
- 16).- Gardner W, et al." Does the family Apgar effectively measure family functioning? " Fam Pract 2001; 50(1):19-25.

- 17).**- Zametkin A, Zoon C, Klein H, Munson S.” Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years”. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(2):134-150.
- 18).**- Ávila C.A “Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural/ ENAL 2005..INNSZ ISBN 978-607-00-0437-7. Estado de México 2005.
- 19).**- Ortiz H.L. et al “La inseguridad alimentaria en escolares de la Ciudad de México se asoció positivamente con el sobrepeso “.Revista de investigación clínica/Vol. 59 Núm. 1/enero-febrero ,2007/Pp 32-41.
- 20).**-Idarmis G. “Reflexiones acerca de la salud familiar”. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2000;16(5):508-12.
- 21).**-Rodríguez H.E. “Programa CASERIA (Cuestionario hábitos Saludables en Primaria). Respuestas de escolares de 6 a 10 años de edad”. SEMERGEN - Medicina de Familia. Vol.38, Issue 5, July–August 2012, Pages 265–277.
- 22).**- Johannsen D, Johannsen N, Specker B.” Influence of parents’ eating behaviors and child feeding practices on children’s weight status”. Obesity 2006; 14: 431-439.
- 23).**-Díaz E D R, Enríquez SDR, Obesidad infantil, ansiedad y familia. Bol Clin Hosp Infant. Edo Son 2007; 24(1): 22-26
- 24).**-González C D, González C T, Barquera S, Rivera J, alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. Salud publica de Mex. 2007 49 (5): 345-55
- 25).**-Flores S, Acosta et al .ENCOPREVENIMSS 2004 5. Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006, 44 (Supl 1). 63-78
- 26).**- Días E., Enríquez S., “Obesidad infantil, ansiedad y familia”. Bol Clin Hosp Infant Ed. Son 2007; 24(1): 22-26
- 27).**- Chen AY, Escarce JJ. Estructura familiar y obesidad infantil, estudio longitudinal de niños en la primera infancia — Cohorte de niños en edad preescolar. Prev Chronic Dis 2010;7(3).

XVI.-ANEXOS

ANEXO I:

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) APLICADO EN FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD.

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

PUNTUACION

De 70 a 57 puntos. Familia funcional.

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional.

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional.

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional.

Anexo II:

CUESTIONARIO DE NIVEL SOCIOECONÓMICO (AMAI 2010) APLICADO EN FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD.

1.-¿Cuál es el total de cuartos , piezas o habitaciones con que cuanta su hogar?, por favor no incluya baños , medios baños, pasillos, patios y zotehuelas?

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 O MAS	14

2.-¿Cuántos baños completos con regadera y WC hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	13
2	13
3	31
4 O MAS	48

3.-¿En hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
NO	0
SI	10

4.-Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar , incluyendo los de los techos , paredes y lámparas de buro o piso, dígame ¿Cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o mas	46

5.-¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento	0
Otro tipo de material de acabado	11

6.-¿Cuántos automóviles propios , excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2	42
3 O MAS	58

7.-¿Cuántas televisiones a color tienen funcionando en este hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2	4Q
3 O MAS	58

8.-¿Cuántas computadoras personales , ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	17
2 O MAS	29

9.-¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

10.-¿Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, cual fue el ultimo año de estudios que completo? (espere respuesta y pregunte) ¿Realizo otros estudios?

RESPUESTA	PUNTOS
No estudio	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o maestría	72
Doctorado	72
No sabe / no contesto	

ESCALA DE RESULTADOS AMAI	
PUNTAJE	NSE
60	POBREZA EXTREMA
61-101	POBRE
102-156	MEDIA BAJA
157-191	MEDIA
192-241	CLASE ALTA
242Y MAS	RICA

Anexo III:

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIAS DE NIÑOS CON OBESIDAD.

		<p style="text-align: center;"> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD) </p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:		Funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en familias con niños de 2 – 4 años que presentan obesidad, en la consulta externa de la umf 220 Toluca México, 2013	
Patrocinador externo (si aplica):			
Lugar y fecha:		Toluca Edo. De México a de 2013	
Número de registro:		2012 / 1502 / 02	
Justificación y objetivo del estudio:		El nivel socioeconómico indica la probabilidad de riesgo alimentario, aunado a una funcionalidad familiar deteriorado que afecta la imagen de autoridad generando estrés en el ambiente familiar. La obesidad en niños menores de 5 años va incrementándose y esto indicaría que las enfermedades crónico degenerativas se incrementarían en el futuro haciendo urgente el poder entender la importancia de la funcionalidad familiar en el origen de la obesidad familiar,	
Procedimientos:		EL INVESTIGADOR CORROBORARÁ MEDIANTE IMC EL DIAGNOSTICO DE OBESIDAD DEL NIÑO DE 2-4 AÑOS, MEDIANTE LA TOMA DE PSO Y TALLA DEL MENOR. POSTERIORMENTE APLICARÁ AL PADRE O TUTOR DEL NIÑO CON OBESIDAD EL CUESTIONARIO DE FF-SIL Y AMAI 2010	
Posibles riesgos y molestias:		SENSACION DE PERDIDA DE TIEMPO POR PARTE DEL PADRE O TUTOR Y NO DESEAR COMPLETAR EL DIAGNOSTICO.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		CONOCER LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DEL PARTICIPANTE CONOCER NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA DEL PARTICIPANTE	
INFORMACION SOBRE RESULTADOS		CON MEDICO FAMILIAR PARA TRATAMIENTO INTEGRAL Y ATRAVEZ DEL SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCION	
Participación o retiro:		EN CUALQUIER MOMENTO QUE EL PARTICIPANTE LO DESEE	
Privacidad y confidencialidad:		TOTAL LOS DATOS SON CONFIDENCIALES, NO ES NECESARIO PROPORCIONAR NOMBRE NI NUM DE SEG SOCIAL QUE LO VINCULE Y EL QUE NO DECIDA PARTICIPAR O RETIRARSE NO AFECTARA SU ATENCION EN LA INSTITUCION	
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):			
Beneficios al término del estudio:			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:		DR CESAR SALDIVAR HERNANDEZ R3 MEDICINA FAMILIAR.	
Colaboradores:		E.M.F. MARIA EMILIANA AVILES SALNCHZ.	
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		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ 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			