

**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

**“PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES DE 3 A 8 AÑOS DE EDAD CON ADENOAMIGDALITIS CRÓNICA,
OPERADOS Y NO OPERADOS DE ADENOAMIGDALECTOMÍA EN LA
CONSULTA EXTERNA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL 220 TOLUCA, PERIODO 2015- 2016”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
220. TOLUCA, EDO. DE MÉXICO**

TESIS

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

PRESENTA

M.C. GRISELT PRADO MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS

E. EN M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

ASESOR CLÍNICO

E. EN ORL. MARÍA DEL CARMEN ALONSO MORENO

REVISORES

**E. EN M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
M. EN S.P. MARTHA ELVA CAMPUZANO GONZÁLEZ
E. EN MF. GUADALUPE BEATRÍZ OSUNA LEON**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2017

**“PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES DE 3 A 8 AÑOS DE EDAD CON ADENOAMIGDALITIS CRÓNICA,
OPERADOS Y NO OPERADOS DE ADENOAMIGDALECTOMÍA EN LA
CONSULTA EXTERNA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL 220 TOLUCA, PERIODO 2015- 2016”**

ÍNDICE	PÁGINA
CAPÍTULO	
I. Marco teórico.....	1
I.1. Calidad de vida.....	1
I.1.1 Definición.....	1
I.1.2 Calidad de Vida Referente a la Salud Infantil.....	3
I.1.3 Medición de la Calidad de Vida	4
I.2 Familia.....	6
I.2.1 Definición	6
I.2.2 Funciones de la familia	7
I.3 Funcionalidad familiar.....	8
I.3.1 Definición.....	8
I.3.2 Disfunción familiar.....	10
I.3.3 Medición de la funcionalidad familiar	10
I.4 Infancia	12
I.5 Adenoamigdalitis	14
I.5.1 Anatomía y fisiología.....	14
I.5.2 Etiología	15
I.5.3 Epidemiología	15
I.5.4 Cuadro clínico	16
I.5.5 Diagnóstico	17
I.5.6 Complicaciones.....	18
I.5.7 Tratamiento	20
I.5.7.1 Tratamiento farmacológico.....	20
I.5.7.2 Adenoamigdalectomía.....	21
II. Planteamiento del problema	23
II.1 Argumentación	24
II.2 Pregunta de investigación	27
III. Justificación	25
III.1 Académica	25
III.2 Social	25

III.3 Económica	25
III.4 Científica	25
IV. Hipótesis.....	27
IV.1 Hipótesis general	27
IV.2 Elementos de la hipótesis	27
IV.2.1 Unidad de observación	27
IV.2.2 Variables de estudio	27
V. Objetivos	28
V.1 Objetivo general	28
V.2 Objetivos específicos	28
VI. Método	29
VI.1 Tipo de estudio	29
VI.2 Diseño de estudio	29
VI.3 Operacionalización de variables	30
VI.4 Universo de trabajo	31
VI.4.1 Criterios de inclusión	31
VI.4.2 Criterios de no inclusión	31
VI.4.3 Criterios de eliminación	31
VI.5 Instrumento de investigación	32
VI.5.1 Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida para Niños con Imágenes (AUQUEI)	32
VI.5.1.1 Descripción	33
VI.5.1.2 Validación	33
VI.5.1.3 Aplicación	33
VI.5.2 Test FF- SIL sobre Funcionalidad Familiar	33
VI.5.2.1 Descripción	34
VI.5.2.2 Validación	34
VI.5.2.3 Aplicación	35
VI.6 Desarrollo del proyecto	36
VI.7 Límite de tiempo y de espacio	36
VI.7.1 Límite de tiempo	36

VI.7.2 Límite de espacio	36
VI.8 Diseño de análisis estadístico	37
VII. Implicaciones éticas.....	38
VIII. Resultados	40
IX. Cuadros y gráficas	42
X. Discusión	50
XI. Conclusión	51
XII. Sugerencias	52
XIII. Bibliografía.....	53
XIV. Anexos	60
XIV. Glosario	74

RESUMEN

“PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 3 A 8 AÑOS DE EDAD CON ADENOAMIGDALITIS CRÓNICA, OPERADOS Y NO OPERADOS DE ADENOAMIGDALECTOMÍA EN LA CONSULTA EXTERNA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 TOLUCA, PERIODO 2015- 2016”.

INTRODUCCIÓN: La adenoamigdalitis crónica, se caracteriza por ser una infección persistente con inflamación de las amígdalas palatinas y adenoides, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 años de edad. Afecta el bienestar psicosocial del paciente; poniendo en riesgo su entorno y su sistema familiar.

OBJETIVO: Establecer la percepción de la calidad de vida y el tipo de funcionalidad familiar en pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis crónica en los pacientes operados y los no operados que acuden a la consulta externa de Otorrinolaringología del H. G. R. 220 Toluca, Estado de México.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo en escolares con adenoamigdalitis crónica utilizando el Cuestionario Autoaplicado de Calidad de Vida para Niños con Imágenes (AUQUEI) y el FF- SIL para funcionalidad familiar que perciben tanto los niños operados como los no operados de adenoamigdalectomía.

RESULTADOS: Se identificó 100% de los pacientes operados de adenoamigdalectomía con buena calidad de vida y 0% con mala calidad de vida en comparación con el 76% de los no operados quienes tienen buena calidad de vida y el 24% mala calidad de vida. Se encontró que de los pacientes operados con adenoamigdalectomía el 90% pertenecen a una familia funcional y el 10% a una familia moderadamente funcional, y de los pacientes no operados el 36% tienen una familia funcional, 38% una familia moderadamente funcional y 26% familia moderadamente disfuncional.

SUMMARY

“PERCEPCIÓN IN THE QUALITY OF LIFE AND FAMILIAR FUNCTIONALITY IN PATIENTS FROM 3 TO 8 YEARS WITH CHRONIC ADENOTONSILLITIS WITH AND WITHOUT ADENOTONSILLECTOMY OUTPATIENT OF OTORRINOLARINGOLOGY IN HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 TOLUCA, PERIODO 2015- 2016”

INTRODUCTION: Chronic adenotonsillitis, is characterized by persistent infection with inflammation of the tonsils and adenoids, with a higher incidence between 3 and 6 years old. It affects psychosocial well-being of the patient; risking their environment and their family system.

OBJECTIVE: To establish the perception of quality of life and the kind that existing family functioning in patients 3 to 8 years with chronic adenoamigdalitis in patients operated and non-operated attending the outpatient department of Otolaryngology HGR 220 Toluca, State from Mexico.

MATERIALS AND METHODS: An observational, descriptive, and comparative study was performed in students with chronic adenoamygdalitis using the Self-Applied Questionnaire on Quality of Life for Children with Images (AUQUEI) and FF-SIL for family functionality perceived by both operated and non-operated children Operated by adenotonsillectomy.

RESULTS: 100% of the patients undergoing adenotonsillectomy were identified with good quality of life and 0% with poor quality of life compared to 76% of the non-operated patients with good quality of life and 24% with poor quality of life. It was found that 90% of patients operated on with adenotonsillectomy belonged to a functional family and 10% to a moderately functional family. Of the non-operated patients, 36% had a functional family, 38% had a moderately functional family and 26% Moderately dysfunctional family.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 CALIDAD DE VIDA

I.1.1 DEFINICIÓN

La palabra «calidad» fue utilizada por primera vez por el filósofo y político romano Cicerón para transmitir este concepto de la lengua griega. Según Badía y Lizán (2006) «calidad viene del latín *qualitas* que significa aquello que convierte a una persona en cual, por lo tanto la individualiza y la diferencia de los demás seres. La cualidad por antonomasia del ser humano es la razón, de modo que calidad de vida (CV) viene a identificarse con racionalidad. En este primer nivel puramente descriptivo, calidad de vida es sinónimo de vida humana (a diferencia de vida infrahumana)» (1).

El término Calidad de Vida apareció en los debates públicos sobre el medio ambiente y deterioro de las condiciones de la vida urbana. Este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, como se puede ver reflejado en la declaración universal de los derechos humanos de 1948 y en la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud posterior a la Segunda Guerra Mundial.

En el contexto más específico de la salud, a partir de la evolución del concepto de bienestar e inspirados en la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS– de 1948 que define la salud como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Un sinnúmero de autores le han dado auge al desarrollo y evolución del concepto de Calidad de Vida, y más tarde Kaplan y Bush (1982) propusieron el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para distinguir el amplio concepto de CV de aquellos aspectos de calidad específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar” (2).

Las dimensiones más importantes que incluye esta definición de CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud autopercebida, que ha demostrado ser útil como predictor de la mortalidad (Shumaker SA, Naughton MJ).

El estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción subjetiva del individuo, que se encuentra inmerso en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones. El concepto de salud en niños y adolescentes no sólo considera los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sino también la habilidad de realizar actividades apropiadas para su edad. En el caso de los niños y adolescentes, las dimensiones que generalmente se tienen en cuenta están relacionadas con su capacidad para realizar actividades diarias (movilidad y cuidado personal), las adquisiciones cognitivas (memoria, habilidad para concentrarse y aprender), las emociones (positivas y negativas), la percepción de sí mismo, las relaciones interpersonales (con los amigos y familiares) y con el medio que los rodea (cohesión familiar, apoyo social). La calidad de vida se define como un constructo multidimensional que integra la percepción del paciente ante el impacto de la enfermedad y su tratamiento, así como su funcionamiento en diversos aspectos de la vida, incluyendo las áreas física, psicológica y de la salud social (3).

El mejoramiento de la calidad de vida desde la perspectiva de la psicología cobra un nuevo sentido al incluir la motivación, el desarrollo y los proyectos de vida indican que hay muchos estudios que han tratado de establecer una relación entre algunas enfermedades específicas de la infancia y el deterioro de la calidad de vida en los menores; sin embargo, persiste el vacío conceptual respecto a la población sana. De igual modo añaden que a pesar de que hay instrumentos para medir la calidad de vida en los niños y adolescentes, pocos estudios relacionan la calidad de vida de los niños con ciertas características de estilo de vida, como las

actividades físicas que realizan, su dieta, hábitos u horas frente a la televisión, entre otras (4,5).

Además implica la conformación de cierto tipo de relaciones materiales, simbólicas y afectivas entre las que se establecen roles de género, pautas de intercambio, autoridad, solidaridad, entre otras. Es un espacio donde confluye lo social y lo individual, en ella se articulan ambas dimensiones y se percibe el carácter relacional de cada una. Lo social se hace presente ya que en la familia se materializan las condiciones estructurales de tipo económico, cultural, político, etcétera, que conforman la calidad de vida de las familias que afectan las funciones familiares y las relaciones internas de los miembros.

El concepto CVRS es un concepto subjetivo y multidimensional que habla de los aspectos de la calidad de vida específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios, considera que la salud no implica solo a la ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores (6,7).

I.1.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD INFANTIL

Durante las últimas décadas se ha observado una mejoría en los índices de salud, debido a la implementación de programas nacionales de salud pública y al creciente desarrollo tecnológico de las unidades de cuidado intensivo neonatal y pediátrico, las que han permitido la sobrevivencia de niños de muy bajo peso al nacer y/o gravemente enfermos, generando así niños con patologías crónicas y/o con secuelas, quienes se constituyen en un desafío para los equipos de salud, antes inexistente (8).

En las patologías crónicas hay un deterioro de la CV tanto del paciente como de la familia. En estas familias hay estrés, angustia, miedo a lo que va a venir, desconfianza, celos y sentimientos de culpabilidad. A esto se añaden los problemas derivados de la inasistencia o pérdida de colegio, inasistencia del padre y/o la madre al trabajo con problemas laborales, económicos y otros relacionados con el resto de los hermanos. Es decir, se produce una alteración de la calidad de vida del niño y su familia, desequilibrio en la dinámica familiar y en el desarrollo.

La enfermedad se constituye en un factor de riesgo para adquirir patologías de la esfera mental. Estas familias, además, requieren constantemente educación,

soporte emocional, necesidades tecnológicas especiales y asistencia financiera. También, existen aspectos sociales difícilmente suplementados para un adecuado balance entre trabajo, vida familiar y recreación. Todo lo cual resta competencia al paciente y su familia para lograr un buen autocuidado más aun de existir necesidades especiales de alto costo (9).

I.1.3 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La noción de “calidad de vida” fue propuesta por sociólogos y psicólogos tras la integración de bienestar de los individuos en los aspectos económicos, psicológicos y sociales en la definición comúnmente aceptada de la salud. Por otra parte, su ámbito de aplicación ya no se limita únicamente ciencias médicas y es cada vez más utilizado para estudiar las consecuencias de otras situaciones como por ejemplo: vulnerabilidad, las dificultades económicas, problemas encontrados en el mundo del trabajo, o con respecto a los niños y sus padres en el campo de la educación familiar y escolar.

En la actualidad los niños ya no se consideran como objetos de estudio, sino como actores reales de su desarrollo, y su palabra es más cada vez más tomada en cuenta. En años recientes, han sido creados cuestionarios adaptados a las capacidades cognitivas y de lenguaje los niños, de manera que se pueden usar desde edades muy tempranas (10).

Dichos instrumentos de medida son distintos a los empleados en adultos, ya que en la infancia, la calidad de vida no está determinada por los mismos valores que en los adultos, y el concepto de salud para los niños se modifica a la vez que se produce su maduración, por lo cual estas mediciones son complejas por su carácter subjetivo y porque en determinadas etapas del desarrollo el niño no es capaz de manifestar su incomodidad y/o frustración (11). La evaluación de la calidad de vida se basa en cuestionarios completados por los padres o profesionales, o por auto-cuestionarios completados por los propios niños, es por ello que puede haber una escasa concordancia entre la visión del informante y la del paciente. El gran cambio en la medicina debe ser el desarrollo de medidas que tengan en cuenta los cambios en el desarrollo físico, emocional y social que suceden en esta etapa de la vida, así como la capacidad del niño para entender

los conceptos que se le preguntan. En algunas circunstancias esto no es posible porque el niño está demasiado enfermo o es demasiado pequeño, siendo necesario recurrir a sus cuidadores más próximos para preguntarles sobre su estado (12).

La medición de la “Calidad de Vida Relacionada a la Salud” se usa desde hace tiempo pero la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Infantil es un elemento relativamente nuevo, en pediatría se han diseñado y publicado varios instrumentos que buscan recoger todas las dimensiones posibles (13).

La última revisión sobre instrumentos de medición de la CVRSI en niños describe 28 instrumentos genéricos y 47 específicos. Los genéricos se utilizan en la población general, no necesariamente enferma y las dimensiones que analizan se relacionan con la vida cotidiana y pretenden describir el estado general de salud.

Los instrumentos específicos están dirigidos a una enfermedad particular y sus dimensiones indagan por el impacto que dicha enfermedad y sus síntomas tienen sobre la CV; además, buscan discriminar el impacto que producen los tratamientos o las intervenciones médicas (14).

Para América hay publicaciones sobre adaptación y/o validación de KIDSCREEN en Argentina, Chile y Colombia; en Argentina además está validada Peds-QL 4.0. Hay referencias de usos de CHQ-PF50 en Brasil y CHIP-AE y Kindl en Chile (15).

El cuestionario genérico de medición de calidad de vida relacionada a la salud infantil KIDSCREEN puede ser administrado en hospitales, establecimientos médicos y escuelas por profesionales en el campo de la salud pública, epidemiología y medicina. Requiriendo para sus versiones: KIDSCREEN-52: 15-20 minutos, KIDSCREEN-27: 10-15 minutos y KIDSCREEN-10: 5 minutos (16).

El cuestionario autoaplicado de calidad de vida para niños con imágenes (Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant-Imagé, AUQUEI) Es un cuestionario específico para población infantil que proporciona un perfil de satisfacción desde el punto de vista del niño. Fue desarrollado por Manificat, Dazord, Cochat y Nicolas en 1997. Fue adaptado y validado al castellano en 1998 por García y cols. El cuestionario AUQUEI consta de dos partes: tres preguntas abiertas para el análisis cualitativo sobre la situación del niño; y el cuestionario cerrado constituido por 26

items cerrados que exploran los aspectos de la vida del niño como son: relaciones familiares, sociales, actividad (juegos, escolaridad y ocio), salud, funciones (sueño, alimentación) y separación de las figuras parentales que se califican en cuatro categorías: muy triste, triste, feliz y muy feliz; además de 3 items que son preguntas abiertas donde se pide al niño que exprese su deseo, que hable de la enfermedad que lo aqueja y que explique que hace para consolarse cuando se encuentra triste. Ha sido traducido al español y validado con buenos resultados (17, 18, 19, 20) (Anexo 2).

I.2 FAMILIA

1.2.1 DEFINICIÓN

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la Familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad. Es la más antigua de las instituciones humanas y, según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

La palabra familia deriva de la raíz latina *femulos*, que significa siervo, que a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famil*, esclavo doméstico, designándose así a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad de un pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos (21).

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá; según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial (22).

Actualmente la palabra familia designa una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco

entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia.

El término familia puede incluir varias definiciones, y por ello es difícil elaborar un concepto universal de la familia, ya que esta adopta formas y dimensiones diferentes en cada sociedad que no siempre son fáciles de distinguir sobre los elementos que conforman la misma.

La familia se puede definir como un grupo formado por marido, mujer e hijos que sigue siendo la unidad básica en la cultura occidental, y que conserva la responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, para socializarlos, otorgarle protección física y desarrollo emocional.

La definición internacional de la familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar.

Para la OMS la familia comprende a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Así también el Diccionario de la Lengua Española dice que “La Familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas; y a su vez también las define como conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.

Las características de este grupo familiar primario son propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones en los otros y en el mismo. Es por eso que no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen (23).

El funcionamiento en la familia está estrechamente relacionado con el estado de salud o enfermedad de los integrantes de la misma, debido a que depende de si se superan o no las crisis normativas y paranormativas que se presenten a lo largo de la vida de los mismos.

I.2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal, al subsistema paterno – filial y al

subsistema fraternal, toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta, el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer, ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, esto engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar, al igual que los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y pueden ser claros, difusos o rígidos y la comunicación que es la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada (24).

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad (25).

1.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1.3.1 DEFINICIÓN

Es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser

generadores de enfermedad en los miembros del sistema 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; con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de norma función o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función (26).

En medicina familiar una forma frecuente de clasificar el comportamiento dinámico de la familia ha sido la orientación de Minuchin y Smilstein. La familia, según Minuchin puede ser funcional o disfuncional. La primera es aquella que posee una homeostasis, en la cual se conocen las reglas, hay buena comunicación y en donde se resuelven los disturbios en forma ecuánime (27).

La familia, con su dinámica relacional entre los miembros, posibilita la cooperación mutua, la flexibilidad de los roles en las tareas, el apoyo entre las contingencias y exigencias de la vida cotidiana llena de aceptación, amor, armonía. Este funcionamiento garantiza la estabilidad y la seguridad necesarias para el ser humano, siempre que el sistema familiar sea funcional. Cuando el grupo familiar que convive junto pierde la capacidad funcional o no logra establecerla, se suscita la disfuncionalidad, responsable de tantas afecciones a la salud de diferentes magnitudes en cualquier periodo de la vida. El funcionamiento familiar influye en la aparición de enfermedades crónicas, en la descompensación de las mismas, en casi todas las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de la salud.

Desde edades tempranas y en el marco educativo que comparte la familia, se aprenden los comportamientos favorables o perjudiciales a la salud, ya sean hábitos higiénicos, estilos de vida, identificación de problemas como problemas de

salud, recursos de la curación, utilización de los servicios de salud y apropiación de prejuicios dañinos a la salud.

En la familia sana la funcionalidad es equilibrada; dicha característica influye en una adecuada interacción de los subsistemas familiares y su funcionalidad. Esta interacción produce un matiz propio de cada familia que la hace diferente de todas. Bellón et al definen a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y es por tanto normofuncional. No se puede caracterizar con precisión a la familia sana, pero es posible estudiar algunas cualidades sociales, de salud, demográficas, económicas, etcetera, que tienden a balancear o equilibrar la familia funcional (28). Son familias que por lo general tienen una calidad de vida dentro de parámetros aceptables.

I.3.2 DISFUNCIÓN FAMILIAR

La familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y estar en homeostasis. En ausencia de esta homeostasis se presenta la disfunción la cual puede ser de ligera a severamente disfuncional y en esta se pueden distinguir familias enmarañadas, donde hay exceso de control y fricción entre sus miembros, o familias desligadas, donde se advierten sujetos alienados que siguen sus propias reglas. A nivel comunicacional, la disfuncionalidad, puede estar dada en la perturbación severa del tipo de intercambios establecido (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos doble vínculo) (29).

I.3.3 MEDICIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El Modelo Circumplejo de Olson (Olson 2000) conceptualiza la flexibilidad, la cohesión y las habilidades de comunicación como las tres variables centrales que definen las interacciones familiares. Basado en un agrupamiento de muchos conceptos destinados para describir a las familias y la dinámica de pareja (30).

Esta teoría habla de las diferentes circunstancias y cambios por los cuales debe de atravesar la familia durante su vida y la manera en las cuales los afronta para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento saludable de los niños. Esto es importante para para poder tener un

funcionamiento familiar adecuado para que la familia pueda llevar a cabo todas las funciones, además establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados. Muchas veces este funcionamiento puede ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia (31).

La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones (32).

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: Dispositivo de Evaluación de la familia (FAD), Inventario de Auto- Evaluación Familiar (SFI), Medida de Evaluación Familiar (FAM), Escala de Medio Ambiente Familiar (FES), Índice de Funcionamiento Familiar (FFI), Cuestionario de Funcionamiento Familiar (CFA), APGAR familiar y Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES) (33).

Una de las escalas más usadas para medir la funcionalidad familiar es la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). Este instrumento tiene un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento (34).

El test de Funcionamiento Familiar (FF- SIL) fue diseñado por Ortega, de la Cuesta y Días en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. Este instrumento aparte de medir cohesión y flexibilidad también mide otros aspectos en la familia como son:

- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez (35) (Anexo 3).

I.4 INFANCIA

Datos censales de 2010 señalan que el número de niños menores de 5 años, ascienden a 10.5 millones, en tanto que 22 millones se encuentran en edad escolar (5 a 14 años); en términos porcentuales cada conjunto representa 32.4% y 67.6% de la población menor de 15 años, respectivamente (36).

La primera infancia abarca de los 0 a los 5 años de edad y es considerado la fase de desarrollo más importante de todo el ciclo vital, es una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño o niña. Es la etapa más vulnerable durante el crecimiento, pues es en esta fase, en la que se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El amor y la estimulación intelectual durante la primera infancia permiten a los niños y niñas desarrollar la seguridad y la autoestima necesarias. Para ello, su entorno y las condiciones de vida de sus familias y, en especial de sus madres, son fundamentales (37).

Todo aquello que acontece al niño en sus primeros años de vida es crucial para su trayectoria de desarrollo y su ciclo vital. El ingreso en la vida preescolar marca la experiencia personal y el desarrollo de los niños de entre tres y seis años. A partir de los tres años, el niño sale, casi por primera vez, del entorno doméstico y familiar para iniciar su etapa preescolar. Para afrontar este importante cambio

necesita tomar conciencia de sí mismo; esto le dará seguridad y una gran autoestima para enfrentarse a este nuevo desafío, tanto social como intelectual.

La familia, la comunidad y la escuela son esenciales en esta etapa de crecimiento acelerado para lograr un desarrollo adecuado en los niños. El nivel de desarrollo de una sociedad bien puede medirse por la atención a las necesidades y los derechos de los niños. Se trata de una fórmula infalible porque del bienestar o de las carencias de los menores puede aprenderse tanto lo que esa sociedad ha logrado como sus rezagos. (38)

La etapa escolar o niñez tardía está comprendida entre los 6 y 12 años de edad, la cual es decisiva para consolidar las capacidades físicas e intelectuales para la socialización con las demás personas y para formar la identidad y la autoestima de los individuos. Este periodo es fundamental para estimular la motricidad y la creatividad, y para aprender normas sociales y adquirir los valores como la solidaridad y el sentido de justicia.

Con respecto a sus padres, el niño va aumentando su nivel de independencia y distancia como consecuencia de su madurez física, cognitiva y afectiva. El tiempo destinado por los padres a cuidar a los niños entre 6 y 12 años es menos de la mitad de lo que ocupan cuando son preescolares. Sin embargo, los padres siguen siendo figuras muy importantes; los niños se dirigen a ellos en busca de afecto, guía, vínculos confiables y duraderos, afirmación de su competencia y valor como personas.

Progresivamente se va tendiendo una correlación de la conducta del niño, entre él y sus padres. Estos realizan una supervisión general en el control, y el hijo realiza un control constante. La eficiencia de esta regulación está determinada por la claridad de la comunicación entre padres e hijos, las reglas claras, sistemáticas y consistentes.

El Artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño pone de manifiesto el derecho de todas las niñas y niños, a la vida como un derecho natural. En esta materia los avances logrados por nuestra sociedad son significativos y de conocimiento generalizado. Para dar cuenta de ello uno de los indicadores internacionalmente utilizado para medir el avance en esta materia es el de la

mortalidad infantil, indicador que “evidencia el grado en que una sociedad tiene y ejerce el derecho humano más fundamental a la vida y a la salud” (39).

Uno de los principales retos que enfrentan los países es la reducción de la mortalidad infantil; aunque a nivel mundial en los últimos 20 años ha disminuido en un 35%, muchas muertes en la infancia se deben a enfermedades prevenibles.

Dos grupos de enfermedades que siguen cobrando vidas entre los infantes en todo el mundo, principalmente en la población de hasta 4 años de edad, son las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), que en México representan la primera y segunda causa de enfermedad para ese grupo poblacional (40, 41).

I.5 ADENOAMIGDALITIS

I.5.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

Las amígdalas y las adenoides son componentes del anillo de Waldeyer. El tejido linfóide del anillo de Waldeyer contiene numerosos folículos linfoides con linfocitos B, T y células plasmáticas maduras. Este tejido está involucrado principalmente en la inducción de inmunidad secretora y en la regulación de la producción de inmunoglobulinas. La independencia en el drenaje linfático de estas estructuras es una ventaja única para la adquisición de antígenos. La localización del anillo amigdalino de Waldeyer y su diseño permite la exposición directa de células inmunitariamente activas a los antígenos externos que entran en la parte alta del tubo digestivo, lo cual maximiza el desarrollo de memoria inmunitaria.

Estos tejidos son más activos entre los cuatro y 10 años de edad y tienden a involucionar después de la pubertad. Después de su involución, permanece la función inmunitaria secretora de estos tejidos, pero no al mismo grado que antes.

Debido a que la inflamación resulta de la infección aguda o crónica y la amígdala está limitada medialmente por su cápsula, la tumefacción del tejido amigdalino por lo general se extiende en dirección medial hacia la vía aérea orofaríngea. Las adenoides o amígdalas faríngeas tienen cápsula y consisten en tejido linfóide cubierto por epitelio columnar ciliado pseudoestratificado que forma pliegues redundantes en la superficie para maximizar el área superficial del tejido. Las adenoides se ubican sobre la superficie de la pared superior y posterior de la

nasofaringe, y con frecuencia muestran crecimiento notable durante los primeros años de vida. A pesar de que pueden ser obstructivas en su espacio confinado, las adenoides empiezan su regresión alrededor de los cinco años de edad y, en combinación con el crecimiento continuo de la base del cráneo, es infrecuente que sean problemáticas más allá de este periodo, su drenaje linfático es hacia los ganglios linfáticos retrofaríngeos y faringomaxilares (42).

I.5.2 ETIOLOGÍA

Puede ser debida a bacterias aerobias como anaerobias, de igual modo puede ser polimicrobiana. Para fines prácticos la etiología se divide en 2 grupos:

- Adenoamigdalitis Estreptocócica: S. Pyogenes (Streptococo Beta Hemolítico Grupo A).
- Adenoamigdalitis No Estreptocócica:
 - Virus. Rinovirus, adenovirus, virus de Epstein Barr.
 - Bacterias. N. gonhorreae, T. pallidium, B. pertussis, S. typhi.
 - Hongos. C. albicans.
 - Otros: Chlamidya trachomatis y T. gondii (43).

I.5.3 EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad propia de la infancia, se manifiesta durante los primeros años de vida, con una incidencia entre los 4 y 10 años, el un pico mayor entre los 3 y 6 años de edad, con la involución de las adenoides en la pubertad se disminuye la presencia de esta patología.

En el año 2015 hasta la semana epidemiológica 33 se habían presentado 93,153 casos de faringitis y amigdalitis estreptocócicas a nivel país y 3,976 en el Estado de México. Hasta la semana epidemiológica 33 del año 2016 se han presentado 100,409 casos a nivel país y 5,511 casos a nivel Estado. Lo cual habla de una mayor incidencia de las patologías respiratorias. (44)

Cabe mencionar que se presenta de forma epidémica en guarderías, escuelas y campamentos.

I.5.4 CUADRO CLÍNICO

Hay muchas entidades que se deben de definir para poder identificar un cuadro de adenoamigdalitis, entender sus complicaciones y poder tratarla de manera adecuada:

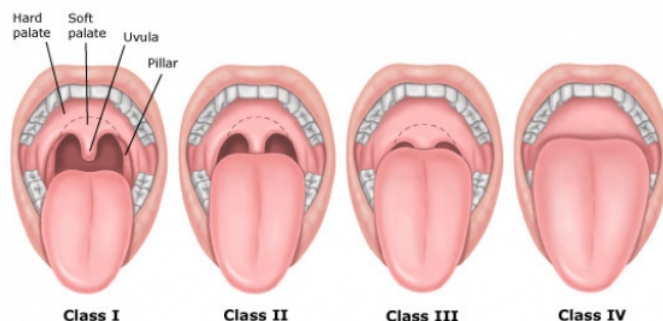
- Amigdalitis crónica o recurrente. Episodios de infecciones recurrentes (odinofagia, disfagia, temperatura mayor de 38 °C, exudado amigdalino con adenitis cervical), 7 o más al año o 5 episodios anuales por 2 años consecutivos, o 3 episodios anuales por 3 años consecutivos.
- Hipertrofia adenoamigdalina. Crecimiento masivo de amígdalas y adenoides, suficientes para presentar algún grado de obstrucción de la vía aérea superior.
- Adenoiditis hipertrófica. Signos y síntomas de obstrucción de la vía aérea superior y datos de algún grado de hipertrofia adenoidea documentada mediante radiografía de nasofaringe.
- Adenoiditis crónica. Episodios en número de 4 por año, acompañados de fiebre, rinorrea y obstrucción nasal (sin sinusitis).
- Obstrucción de la vía aérea superior. Signos y síntomas de respiración oral, ronquido, voz nasal, rinorrea acuosa, sueño agitado, jadeo, cefalea, respiración audible con boca abierta, obstrucción nasal crónica, apnea del sueño, facies adenoidea y con hipertrofia adenoidea.
- Rinosinusitis recurrente. Signos y síntomas de rinorrea, descarga retronasal, congestión nasal, cefalea, tos, halitosis, epistaxis, cambios inflamatorios e infecciosos en la mucosa nasal de nasofaringe y senos paranasales y alteraciones en los senos paranasales documentado por radiografía de senos paranasales.
- Síndrome sinusobronquial. Signos y síntomas de sinusitis y tos crónica. Alteraciones en el parénquima pulmonar sugestivas de bronquitis. Radiografía de nasofaringe con hipertrofia adenoidea radiografía de senos paranasales alteradas.
- Otitis serosa. Signos y síntomas de otalgia, hipoacusia, examen otoscopio (membrana timpánica opaca, deprimida, líquido transtimpánico), radiografía de nasofaringe, audiometría y timpanometría.

- Otitis media aguda. Signos y síntomas de otalgia, hipoacusia, otorrea, membrana timpánica perforada con otorrea o seca, radiografía de nasofaringe y senos paranasales alteradas, audiometría (hipoacusia conductiva).
- Otitis media crónica. Otorrea crónica, hipoacusia progresiva. Perforación timpánica, con o sin otorrea. Radiografía de nasofaringe y senos paranasales alteradas, audiometría (hipoacusia conductiva).
- Absceso periamigdalino. Signos y síntomas de fiebre, odinofagia, trismos, voz en papa caliente, desplazamiento medial de la amígdala infectada con desviación de la úvula, flemón y exudado amigdalino (45, 46).

I.5.5 DIAGNÓSTICO

- Interrogatorio. Investigar sobre contacto con enfermos y la presencia de los síntomas ya mencionados anteriormente.
- Clínico. Se deben de realizar tanto rinoscópica como exploración de la cavidad oral y faringe. A la EF las amígdalas pueden observarse hipertrofiadas y se clasifican en distintos grados según la severidad:
 - Grado 0: amígdalas que no se visualizan.
 - Grado 1: amígdalas que se visualizan pero dentro de la fosa amigdalina.
 - Grado 2: amígdalas hipertrofiadas < 50%.
 - Grado 3: amígdalas con hipertrofia > 50 % pero que no tocan la línea media.
 - Grado 4: amígdalas que llegan a la línea media y que en algunas ocasiones se tocan entre sí impidiendo la visualización del istmo de las fauces (figura 1).

Figura 1.

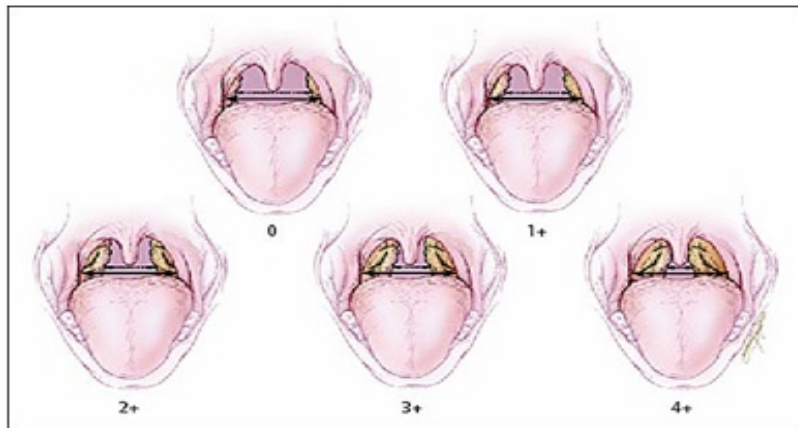


Fuente: <http://anestesiario.org/2015/valoracion-antes-del-manejo-de-la-via-aerea-revision-2015/> (47).

Las adenoides cuando sufren hipertrofia, alcanzan 2-3 cm de diámetro a expensas de la pared posterior y el techo de la nasofaringe. Los grados de obstrucción según severidad son:

- Grado 0: ausencia de adenoiditis.
- Grado 1: 33% de obstrucción.
- Grado 2: 66% de obstrucción.
- Grado 3: Obstrucción completa.

Figura 2.



Fuente: <https://doctorsmagazine.wordpress.com/2011/11/28/apnea-obstruktiva-del-sueno-en-la-infancia/> (48).

I.5.6 COMPLICACIONES

• OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN CRÓNICA

La otitis serosa se define como la acumulación de líquido en el oído medio con integridad de la membrana timpánica, en ausencia de signos y síntomas de infección aguda. Este líquido puede ser mucoso, seroso o una combinación de ambos, pudiendo variar en su composición a lo largo de la evolución de la enfermedad. La duración puede ser aguda (inferior a tres semanas), subaguda (de tres semanas a tres meses) o crónica (superior a tres meses). Es muy frecuente en la edad pediátrica, siendo en la mayor parte de los casos casi asintomática, diagnosticada de forma accidental en una exploración realizada por otra causa.

Afecta sobre todo a niños menores de 8 años, con un pico de mayor incidencia entre los 6 y 18 meses. Se considera que aproximadamente el 70% de los niños tienen al menos un episodio de otitis serosa antes de los tres años. Los factores

de riesgo más conocidos para el desarrollo de esta enfermedad son la infección aguda de la vía aérea superior, la alergia nasal y la hipertrofia adenoidea, aunque existen muchos otros factores que influyen en su desarrollo). Constituye actualmente la principal indicación para un procedimiento quirúrgico y en la edad pediátrica, ya sea miringotomía o adenoidectomía (49, 50).

- **SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS)**

El SAOS en niños se define como periodos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, que se asocian con reducción de la saturación de oxihemoglobina, hipercapnia, o ambas. Afecta entre el 1% a 2% de los niños, es más frecuente entre los tres y ocho años de edad, cuando hay un crecimiento esperado del tejido linfoide.

Los aspectos fisiopatológicos de este síndrome involucran una alteración entre los mecanismos de apertura y colapso de la vía aérea superior. En condiciones normales existe un equilibrio entre la presión negativa ejercida durante la inspiración y su consiguiente tendencia al colapso de la vía aérea y la distensión de la misma, debida a la acción de los músculos faríngeos. Los factores que contribuyen a su aparición son: alteraciones del calibre de la vía aérea superior, alteración del tono muscular o falta de coordinación neurológica (51).

Los síntomas se pueden clasificar en nocturnos como ronquidos, periodos de apnea referidos por los padres, sueño inquieto, respiración oral, dificultad para despertar, y síntomas diurnos como somnolencia, cefalea matutina, estrés emocional, irritabilidad, alteraciones en la conducta, disminución del aprovechamiento escolar, disminución del apetito, retraso en el crecimiento y enuresis. En el niño el tratamiento quirúrgico más frecuente es la adenoamigdalectomía.

Los casos de niños con SAOS en quienes no sea evidente el aumento del tamaño de las amígdalas pero que no tienen mejoría clínica, el primer tratamiento a considerar es la adenoamigdalectomía, especialmente en pacientes mayores de dos años sin enfermedades pulmonares, neuromusculares, genéticas, metabólicas o niños con síndrome de Down. El inadecuado tratamiento de SAOS puede causar

falla en el crecimiento del menor, problemas de conducta, alteraciones neurocognitivas y cor pulmonale.

Se ha demostrado que los pacientes con antecedentes de SAOS sometidos a adenoamigdalectomía presentan mejoría de los síntomas casi en el 100% de los casos.

I.5.7 TRATAMIENTO

I.5.7.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Etiología viral.

El tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días: dieta blanda, abundantes líquidos, no exponerse a cambios bruscos de temperatura etcétera. Además de tratamiento de tipo sintomático: analgésicos, antipiréticos.

- Paracetamol 10- 15 mg/kg/dosis VO cada 8 hrs de 3 a 5 días ó
- Naproxeno 2.5 – 5 mg/kg/día cada 8 - 12 horas de 3 a 5 días.

Etiología bacteriana.

Niños no alérgicos a la penicilina. Cualquiera de los siguientes:

- Penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica o benzatina) vía oral, durante 10 días: < 12 años: 250 mg cada doce horas > 12 años: 500 mg cada doce horas.
- Penicilina G benzatina, en inyección única intramuscular profunda: < 12 años: 600.000 U > 12 años: 1.200.000 U (Elección de la inyección si: vómitos, no asegurado el cumplimiento por vía oral, prevalencia de fiebre reumática, países en desarrollo).
- Amoxicilina, durante diez días: 40-50 mg/kg/día. c/ 12 ó 24 horas o bien: 750 mg/día, en una dosis/día, en mayores de 4 años.

Niños alérgicos a la penicilina (reacción retardada):

- Cefadroxilo: 30 mg/kg/día, cada 12 horas. 10 días

Niños alérgicos a la penicilina (reacción inmediata o acelerada). Tres opciones:

a) Estolato o etilsuccinato de eritromicina, diez días: 30-40 mg/kg/día, cada 12 h, o: Azitromicina: 10 mg/kg/día 5 días o 20 mg/kg/día, tres días, o Claritromicina: 10 mg/kg/día. 10 días.

b) Si sospecha de resistencia a macrólidos: tratamiento según cultivo y antibiograma. Si no es posible examen bacteriológico, tratamiento durante diez

días con macrólido de 16 átomos: josamicina (30 mg/kg/día, cada 12 h), diacetato de midecamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h) o bien con clindamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h).

c) Clindamicina, diez días, 20 mg/kg/día, cada 12 h (52).

I.5.7.2 ADENOAMIGDALECTOMÍA

Resección de las amígdalas palatinas y las adenoides simultáneamente. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en la actualidad. La incidencia de la amigdalectomía y adenoamigdalectomía ha aumentado en las últimas 4 décadas, se realizan 250.000 adenoamigdalectomías pediátricas al año en Estados Unidos. Las tasas de adenoamigdalectomías pediátricas y en adolescentes varían de país en país con respecto a la posición que tienen ante el uso de antibioticoterapia.

Las indicaciones absolutas para realizar adenoamigdalectomía son: obstrucción respiratoria de cualquier tipo en el 59 % de los casos, las infecciones recurrentes 42 %, y apnea obstructiva del sueño en el 39 %.

La Sociedad Americana de Otorrinolaringología y Cirujanos de Cabeza y Cuello, en su Guía de Práctica Clínica para amigdalectomía y adenoamigdalectomía en pacientes pediátricos expone dos indicaciones absolutas para realizar dichas cirugías. La primera es la hipertrofia amigdalina obstructiva porque induce a desordenes respiratorios del sueño. La segunda indicación es la adenoamigdalitis recurrente con 7 o más episodios al año o 5 episodios anuales por 2 años consecutivos, o 3 episodios anuales por 3 años consecutivos o crisis persistentes durante un año.

En cada crisis deben presentarse, al menos, dos de estos criterios:

- Exudado purulento sobre las amígdalas.
- Fiebre superior a 38 ° C.
- Adenopatías cervicales anteriores.
- Cultivo faríngeo con estreptococo betahemolítico del grupo A (53).

Diversos estudios como el de Escarrá nos hablan las alteraciones en la calidad de vida del paciente pediátrico con adenoamigdalitis secundarias a las alteraciones

en el sueño, síntomas físicos, funcionalidad durante el día y problemas en los cuidadores. (54)

Goldstein en 2008 estudio sobre calidad de vida después de amigdalectomía en niños con amigdalitis recurrente hace un seguimiento a 58 niños a los 6 meses y a 38 niños de 1 año después del procedimiento quirúrgico, encontrando mejoras significativas en la subescala la percepción que el paciente tiene sobre la respiración, los datos de infección, la utilización de servicios de salud, el costo de la atención, le poder comer y tragar (todos $p < 0,001$), en el comportamiento ($P = 0,01$). Mejoras significativas también fueron encontrados en varias subescalas del CHQ-PF28, como las percepciones generales de salud, el funcionamiento físico, el impacto de los padres, y actividades familiares (todos $p < 0,001$) (55).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN

La adenoamigdalitis es una enfermedad frecuente en la consulta externa de Otorrinolaringología y de la consulta de Medicina Familiar. Esta se define como una enfermedad infecciosa propia de la infancia con una mayor incidencia entre los 3 y 6 años de edad en que interactúan múltiples factores: inmunológicos, ambientales, infecciosos y psicológicos; que puede tener múltiples etiologías, sobre todo bacteriana y viral.

La aparición de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su calidad de vida, en su funcionamiento como en su composición. Es una crisis debido a la desorganización que se produce en el sistema familiar y los diferentes subsistemas, impactando a cada uno de sus miembros y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Identificar la percepción de la calidad de funcionalidad familiar en pacientes con adenoamigdalitis crónica operados y los pacientes con adenoamigdalitis crónica no operados es importante ya que de acuerdo a esto podremos definir con que tratamiento si el conservador o el quirúrgico les producen una mayor sensación de bienestar general y un buen funcionamiento familiar a los pacientes.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida y la funcionalidad familiar en los pacientes de 3 a 8 años de edad con adenoamigdalitis crónica, operados y no operados de adenoamigdalectomía de la Consulta Externa de Otorrinolaringología del Hospital General Regional 220 Toluca, Periodo 2015-2016?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 ACADÉMICA

La adenoamigdalitis es una enfermedad muy común en las edades preescolar y escolar, siendo uno de los primeros motivos de consulta en el HGR 220 en el servicio de Otorrinolaringología por lo que es importante que el Médico Familiar sea capaz de identificar los síntomas y proporcionar el diagnóstico y el tratamiento oportuno, así como identificar las complicaciones e informar y asesorar al paciente y su familia sobre las diferentes opciones terapéuticas que existen.

El presente trabajo permitirá abrir líneas de investigación posteriores relacionadas con un problema de salud pública que cada día es más frecuente en la población pediátrica y en la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud infantil debido a que en Latinoamérica ha sido poco estudiada.

III.2 SOCIAL

La adenoamigdalitis es una enfermedad que afecta a un gran número de pacientes en edad pediátrica, con afectación su vida social. La hipertrofia amigdalina puede condicionar Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño disminuyendo la capacidad del niño para respirar, deglutir, aprender, dormir e incluso socializar. De igual manera repercute en los padres, por lo cual puede afectar al sistema familiar en todos sus subsistemas.

III.3 ECONÓMICA

La adenoamigdalitis tiene un impacto económico importante en la economía de los padres pues al enfermar el paciente frecuentemente le implica a los padres ausentismo laboral, gastos económicos al adquirir antibióticos, consultas con médicos especialistas pediatras, alergólogos y otorrinolaringólogos y los cuidados especiales que necesite el paciente.

III.4 CIENTÍFICA

El tratamiento de la adenoamigdalitis se ha dividido en conservador con analgésicos y antibióticos, y quirúrgico. La relevancia de este estudio es no solo saber cuál opción terapéutica le ayuda al paciente a mejorar su calidad de vida sino también poder saber cómo es la funcionalidad familiar en estos dos casos,

dándole un enfoque novedoso al estudio de la adenoamigdalitis y adenoamigdalectomía.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes operados de adenoamigdalectomía tienen buena percepción de la calidad de vida y la funcionalidad familiar es familia funcional, en los pacientes no operados los pacientes tienen mala percepción de la calidad de vida y la funcionalidad familiar es familia disfuncional.

IV.2 ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS

IV.2.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis tanto operados como no operados de adenoamigdalectomía que acudan a la consulta externa de Otorrinolaringología del HGR 220.

IV.2.2 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables dependientes: Calidad de vida, Funcionalidad familiar.

Variables independientes: Edad, sexo.

IV.2.3 RELACIÓN LÓGICA ENTRE VARIABLES

Los, de, y, la, es, en.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la percepción de la calidad de vida y el funcionamiento familiar en los pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis crónica, operados y no operados que acuden a la consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital General Regional 220, Toluca, Periodo 2015 - 2016.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir la edad y sexo de los pacientes con adenoamigdalitis crónica con adenoamigdalectomía.
2. Describir la edad y sexo de los pacientes no operados con adenoamigdalectomía.
3. Establecer la percepción de la calidad de vida en los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía.
4. Establecer la percepción de la calidad de vida en los pacientes con adenoamigdalitis crónica que se encuentran con tratamiento conservador.
5. Determinar la funcionalidad familiar que tienen los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía.
6. Determinar la funcionalidad familiar que tienen los pacientes que no han sido operados de adenoamigdalectomía.

VI. MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo

Transversal

Comparativo

VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó una vez aprobado por el Comité Local de Investigación del IMSS HGR 220, Toluca, México; seleccionando aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, por lo tanto a los pacientes de 3 a 8 años con Adenoamigdalitis crónica operados y no operados de adenoamigdalitis que acuden a consulta eterna de otorrinolaringología del HGR 220, Toluca, México, se les realizó la invitación a ellos y a sus padres a participar en el estudio con la entrega de un formato de consentimiento informado mismo que firmaron los padres en forma voluntaria.

Una vez obtenido los resultados se procedió al análisis estadístico y presentación de los resultados.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFICINCIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas o inquietudes	Usando la cuestionario AUQUEI de autopercepción de la calidad de se basa en la satisfacción del punto del niño de vista, utilizando las imágenes de apoyo, el propio niño responde a cada una de los 26 items que tienen un campo y la respuesta, se representan con la ayuda de las caras que expresan diferentes estados emocionales. Se solicita, entonces el niño que marque la respuesta que corresponda a su sentimiento con respecto a la pregunta que se hace.	Cualitativa Nominal	1. Mala calidad de vida. 2. Buena calidad de vida
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedades en miembros del sistema familiar	Empleando el Cuestionario FF- SIL que mide la funcionalidad familiar en las familias de los pacientes por medio de 14 items, se le solicita al niño que responda a dichas preguntas, se les da un puntaje y sobre ese se califica y se le asigna de acuerdo a esa puntuación el grado de función o disfunción que le corresponda.	Cualitativa Nominal	1. Familia funcional 2. Familia moderadamente funcional 3. Familia moderadamente disfuncional 4. Familia disfuncional
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Es el transcurso de tiempo medido en años que ha vivido una persona hasta el momento del estudio	Cuantitativa Discreta	1. 3 años 2. 4 años 3. 5 años 4. 6 años 5. 7 años 6. 8 años
SEXO	Condición orgánica según la cual pueden clasificarse las plantas y los animales en masculino o femenino	Conjunto de individuos que comparten esta misma condición orgánica al realizarse el estudio.	Cualitativa nominal	1. Masculino 2. Femenino

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo constó en 126 pacientes con diagnóstico de adenoamigdalitis crónica operados y no operados reportados durante el año 2015 en el servicio de Otorrinolaringología del H. G. R. 220.

Tamaño de la muestra: Se tomó una muestra por conveniencia de 100 pacientes con el diagnóstico de adenoamigdalitis crónica, de ellos 50 con tratamiento conservador y 50 postoperados de adenoamigdalectomía, mediante un muestreo no probabilístico.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Hombre y mujer entre 3 y 8 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de adenoamigdalitis crónica derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta de Otorrinolaringología del HGR 220 durante los meses Enero a Septiembre 2016.
- Pacientes con el diagnóstico de Adenoamigdalitis Crónica postoperados de Adenoamigdalectomía en la última consulta de control, 6 meses posterior al procedimiento quirúrgico.
- Que los padres y los pacientes aceptan participar en el estudio, que el padre o tutor y el paciente hayan firmado el consentimiento informado.

VI.4.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes con proceso infeccioso agudo de vías aéreas superiores.
- Pacientes con antecedentes de cirugía faríngea previa (amigdalectomía, reconstrucción de labio y paladar hendidos, faringoplastia,...).
- Evidencia de procesos morbosos que hubiesen podido modificar el curso posquirúrgico normal (anomalías congénitas, inmunocomprometidos, SIDA entre otros).

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no concluyeron los instrumentos de investigación

VI. 5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

VI.5.1 CUESTIONARIO AUTOAPLICADO DE CALIDAD DE VIDA PARA NIÑOS CON IMÁGENES (AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE-ENFANT-IMAGÉ, AUQUEI).

El Cuestionario AUQUEI es específico para población infantil, proporciona un perfil de satisfacción desde el punto de vista del niño, puede ser usado en niños desde 2 a 18 años.

VI.5.1.1 DESCRIPCIÓN

Fue desarrollado por Manificat, Dazord, Cochat y Nicolas en 1997. Consta de 26 ítems estructurados que son preguntas cerradas a las que los niños responden eligiendo una de las 4 caras que se le presentan; estos ítems exploran los siguientes aspectos de la vida de los niños: relaciones familiares, sociales, actividad (juegos, escolaridad y ocio), salud, funciones (sueño, alimentación) y separación de las figuras parentales. Cada ítem del test tiene una puntuación que va de 0, 1, 2 o 3 puntos que al mismo tiempo se corresponden a condiciones de mucha infelicidad, infelicidad, felicidad y mucha felicidad como lo representan las caras que escogen los niños, y exploran los siguientes aspectos de la vida de los niños: relaciones familiares, sociales, actividad (juegos, escolaridad y ocio), salud, funciones (sueño, alimentación) y separación de las figuras parentales. El orden de las dimensiones es el siguiente:

- F1. vida familiar y relacional y está compuesto de cuatro preguntas sobre los sentimientos del niño al estar en la mesa con su familia, cuando se va a acostar, al mirarse en una foto, cuando piensa en su papá y en su mamá, al escuchar que sus padres hablan de él y al pensar en cuando sea mayor, cuando sus amigos hablan de él. Se corresponde con los ítems 1, 2, 6, 10, 13, 16, 19 y 22.
- F2. Ocio. Se compone de seis reactivos que hacen referencia al sentir del niño cuando juega con sus hermanos en caso de tenerlos, cuando hace deporte, en el recreo, el día de su cumpleaños, durante las vacaciones, al estar de visita con sus abuelos y cuando ve televisión. Lo cual se valora con los ítems 3, 7, 9, 11, 21, 25 y 26.

- F3. Separación. consta de tres reactivos que indagan su sentir por la noche cuando duerme, cuando va consulta al médico, al quedarse en el hospital, cuando juega solo, al dormir fuera de casa y cuando está lejos de su familia, esto se puede observar en los items 4, 8, 14, 15, 17 y 23.
- F4. Rendimientos. Se refiere al sentir del niño durante las clases en la escuela, cuando hace sus deberes en casa, cuando le piden que demuestre lo que sabe hacer, cuando toma sus medicamentos y cuando recoge las notas del colegio, dichos rendimientos se evalúan en los items 5, 12, 18, 20 y 24.

Los 3 ítems restantes son preguntas abiertas que se presentan al final del cuestionario y piden al niño que exprese un deseo, que hable de la enfermedad que los aqueja y qué hacen cuando se encuentran tristes para consolarse. Las propiedades psicométricas, del original y de la versión en castellano, han demostrado ser adecuadas. Se proporciona una puntuación global de calidad de vida y una puntuación en cada uno de los 4 factores que componen el cuestionario. No existe punto de corte definido, a mayor puntuación mejor calidad de vida aunque Zambrano menciona que menos de 48 puntos globales se consideran como mala calidad de vida.

VI.5.1.2 VALIDACIÓN

El AUQUEI es un instrumento que fue adaptado y validado al castellano en 1998 por García y cols. (4, 5, 17, 18). Ha sido implementado en países como Chile, Colombia, Argentina y México. En México se ha aplicado en la Universidad Veracruzana y en la Universidad Autónoma de Coahuila y en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

VI.5.1.3 APLICACIÓN

Se ha aplicado en países como Chile, Colombia, Argentina y México. En México se ha aplicado en la Universidad Veracruzana y en la Universidad Autónoma de Coahuila y en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

VI.5.2 TEST FF- SIL SOBRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Es un instrumento que evalúa el funcionamiento familiar.

VI.5.2.1 DESCRIPCIÓN

La Prueba FF- SIL se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria.

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento, las cuales son:

- Cohesión en las preguntas 1 y 8.
- Armonía en las preguntas 2 y 13.
- Comunicación en las preguntas 5 y 11.
- Permeabilidad en las preguntas 7 y 12.
- Afectividad en las preguntas 4 y 14.
- Roles en las preguntas 3 y 9.
- Adaptabilidad en las preguntas 6 y 10.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos, con los valores: Casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos. Y dichas situaciones son respondidas por el usuario mediante una cruz en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar.

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- De 70 a 57 puntos. Familias funcional
- De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
- De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional.

VI.5.2.3 VALIDACIÓN

El FF- SIL es un instrumento que fue validado y desde 1994 por la Dra. Cuesta, Pérez González en la Habana, Cuba; el cual valorará la función familiar a través del enfermo (32).

VI.5.2.3 APLICACIÓN

Se ha aplicado en países como Chile, Colombia, Argentina y México. En México se ha aplicado en la Universidad Veracruzana y en la Universidad Autónoma de México.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

1. Una vez que el presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital General Regional 220 IMSS Toluca se solicitó la participación de los pacientes seleccionados, explicándoseles de manera clara y completa tanto a ellos como a los padres acerca del objetivo principal del proyecto, y se aclararon las dudas a ambos, quienes accedieron a firmar el consentimiento informado.
2. Se aplicaron los instrumentos para evaluar la calidad de vida (AUQUEI) y la funcionalidad familiar (FF- SIL) de los pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis operados y no operados de adenoamigdalectomía.
3. Se consideraron las variables calidad de vida, funcionalidad familiar, edad y sexo por medio de un análisis estadístico de las variables cualitativas utilizando medidas de tendencia central (moda) para frecuencias y porcentajes para la interpretación de los resultados en tablas y gráficas.

VI.7 LÍMITE DE TIEMPO Y DE ESPACIO

VI.7.1 LÍMITE DE TIEMPO.

Se realizó a partir del 02 de Enero al 30 de Septiembre de 2016 en ambos turnos.

VI.7.2 LÍMITE DE ESPACIO

El presente estudio se realizó en el Aula 3 de Medicina Preventiva del HGR 220 con Unidad de Medicina Familiar del IMSS Toluca.

VI.8 DISEÑO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recabada la información se realizó una base de datos utilizando programa Excel versión 2010 para el análisis estadístico de las variables cualitativas utilizando medidas de tendencia central (moda) para frecuencias y porcentajes para la interpretación de los resultados en tablas y gráficas.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos de la presente investigación se basarán en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de salud, se realizara el presente estudio 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 64° Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Se aplicó el consentimiento informado (anexo 4) y la carta de asentamiento (anexo 5) a cada uno de los pacientes y sus tutores responsables explicándoles el objetivo del mismo y los beneficios que podrían derivarse de la presente investigación. Los cuestionarios (anexo 2 y 3) se aplicaran bajo estricto respeto a cada paciente, así como de confidencialidad de la información obtenida.

Aplicando también el informe de Belmont que consiste en una distinción entre investigación y práctica, una disertación en tres principios éticos básicos y notas acerca de la aplicación que estos principios particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen seres humanos; los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

1. **Respeto a las personas: Incorpora dos convicciones éticas: primero que los individuos deben de ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas de autónoma disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de reconocer aquellos con autonomía disminuida.**
2. **Beneficencia:** El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no solo respetar sus decisiones y proteger los daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. En este sentido de obligación se han formulado dos reglas generales como

expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño e incrementar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

3. **Justicia:** El concepto de justicia enfocado al informe de Belmont hace referencia de quien debe de recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad. Los conceptos de justicia se relacionan con la investigación que incluye sujetos humanos.

VIII. RESULTADOS

Los siguientes resultados se obtuvieron de una población de 100 pacientes con Adenoamigdalitis Crónica de 3 a 8 años de edad que acudieron a la consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital General Regional con UMF 220, a los cuales se les aplicó individualmente cada uno de los instrumentos evaluados.

En los pacientes con adenoamigdalitis crónica operados con adenoamigdalectomía se encontró que la percepción de calidad de vida es buena y la funcionalidad familiar es familia funcional, en los pacientes no operados la calidad de vida es buena en su mayoría y la funcionalidad familiar predominante es familia moderadamente funcional (Tabla 1 Gráfica 1).

La edad de los pacientes en ambos grupos es de 3 a 8 años y los sexos incluidos en esta investigación son masculino y femenino. Sobre la edad de los pacientes operados con adenoamigdalectomía el 10% tienen 3 años (N. 5), el 18% 4 años (N. 9), el 14% 5 años (N. 7), el 20% 6 años (N. 10), el 20% 7 años (N. 10) y el 18% 8 años (N.9). Con respecto al sexo de este grupo 54% son del sexo femenino (N. 27) y 46% del sexo masculino (N. 26) (Tabla 2 Gráfica 2).

De los pacientes no operados con adenoamigdalectomía el 12% tienen 3 años (N. 6), el 8% 4 años (N. 4), el 18% 5 años (N. 9), el 24% 6 años (N. 12), el 16% 7 años (N. 8) y el 22% 8 años (N. 11). El sexo que predominante es el femenino con 62% (N. 31) seguido del sexo masculino con 38% (N. 19) de los paciente (Tabla 3 Gráfica 3).

En relación a la percepción calidad de vida en los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía encuestados se obtuvieron los siguientes resultados: el 100% aseguro que tiene buena percepción de la calidad de vida (N.50) y 0% tiene mala percepción de la calidad de vida (N. 0) (Tabla 4 Gráfica 4).

En los pacientes con adenoamigdalitis crónica que se encuentran en tratamiento conservador predomina la buena calidad de vida en un 76% (N. 38) y el 24% cuenta con una mala calidad de vida (N. 12). (Tabla 5 Gráfica 5).

Sobre la funcionalidad familiar que tienen los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía, el 90% (N.45) pertenecen a una familia funcional y el 10%

(N. 5) deduce que pertenece a una familia moderadamente funcional (Tabla 5 Gráfica 5).

En relación a este aspecto, los pacientes que no han sido operados obtuvieron los siguientes resultados: el 36% (N. 18) aseguro que tiene buena percepción de la calidad de vida, el 38% (N. 19) se concibe en una familia moderadamente funcional, el 24% (N. 12) considera tener una familia moderadamente disfuncional y el 2% (N. 1) considera que pertenece a una familia disfuncional. (Tabla 6 Gráfica 6).

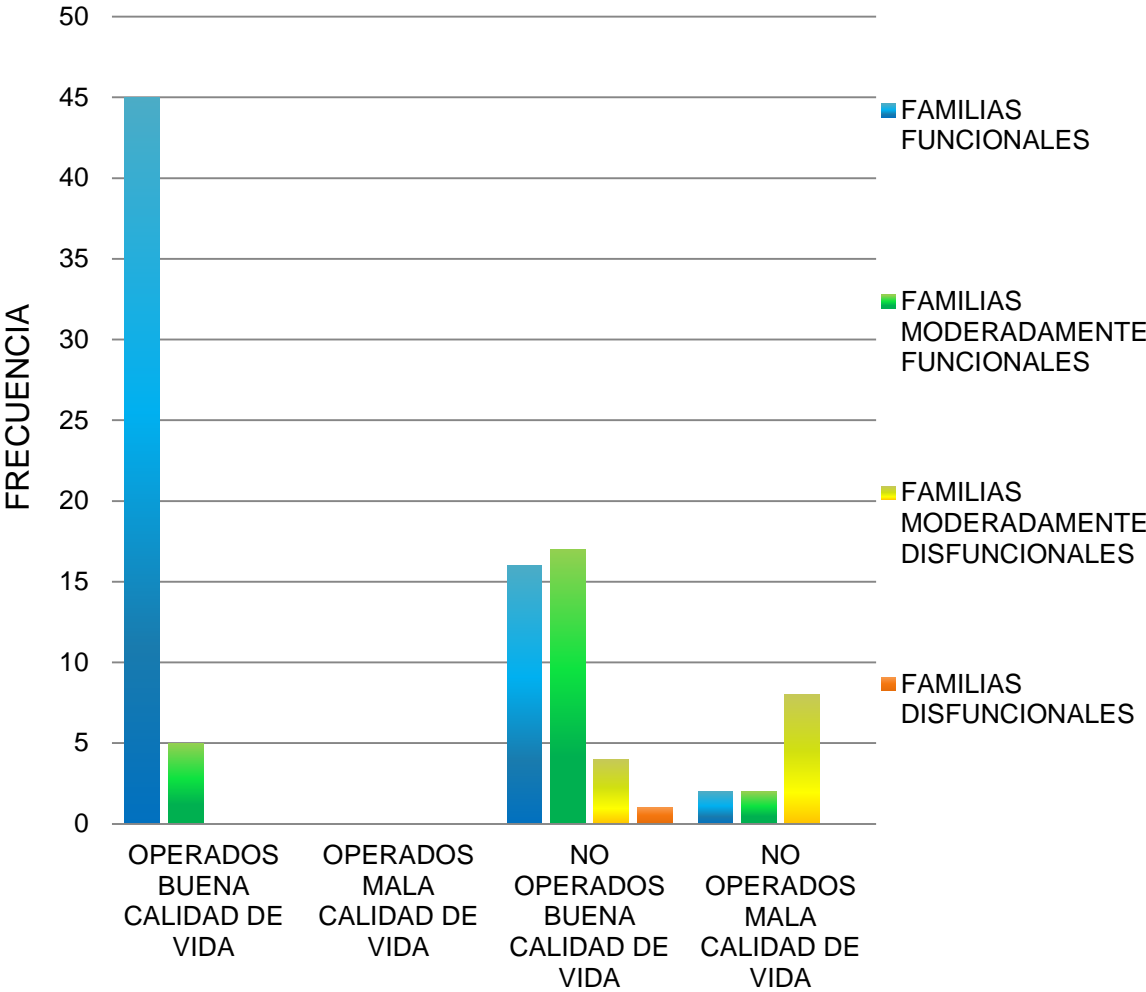
IX. CUADROS Y GRÁFICAS

TABLA 1. Percepción de la calidad de vida y del funcionamiento familiar en los pacientes pediátricos de 3 a 8 años con adenoamigdalitis, operados y no operados que acuden a la consulta externa de otorrinolaringología del Hospital General Regional 220, Toluca, Periodo 2015- 2016.

Funcionalidad familiar	Calidad De Vida										Total			
						Pacientes Operados					Pacientes No Operados			
			Buena Calidad De Vida		Mala Calidad De Vida		Buena Calidad De Vida		Mala Calidad De Vida					
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Familias Funcionales		45	45%	0	0%	16	16%	2	2%	63	63%			
Familias Moderadamente Funcionales		5	5%	0	0%	17	17%	2	2%	24	24%			
Familias Moderadamente Disfuncionales		0	0%	0	0%	4	4%	8	8%	12	12%			
Familias Disfuncionales		0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%			
Total		50	50%	0	0%	38	38%	12	12%	100	100%			

Fuente: Base de datos

GRÁFICA 1. Percepción de la calidad de vida y del funcionamiento familiar en los pacientes pediátricos de 3 a 8 años con adenoamigdalitis crónica, operados y no operados que acuden a la consulta externa de otorrinolaringología del Hospital General Regional 220, Toluca, Periodo 2015-2016.



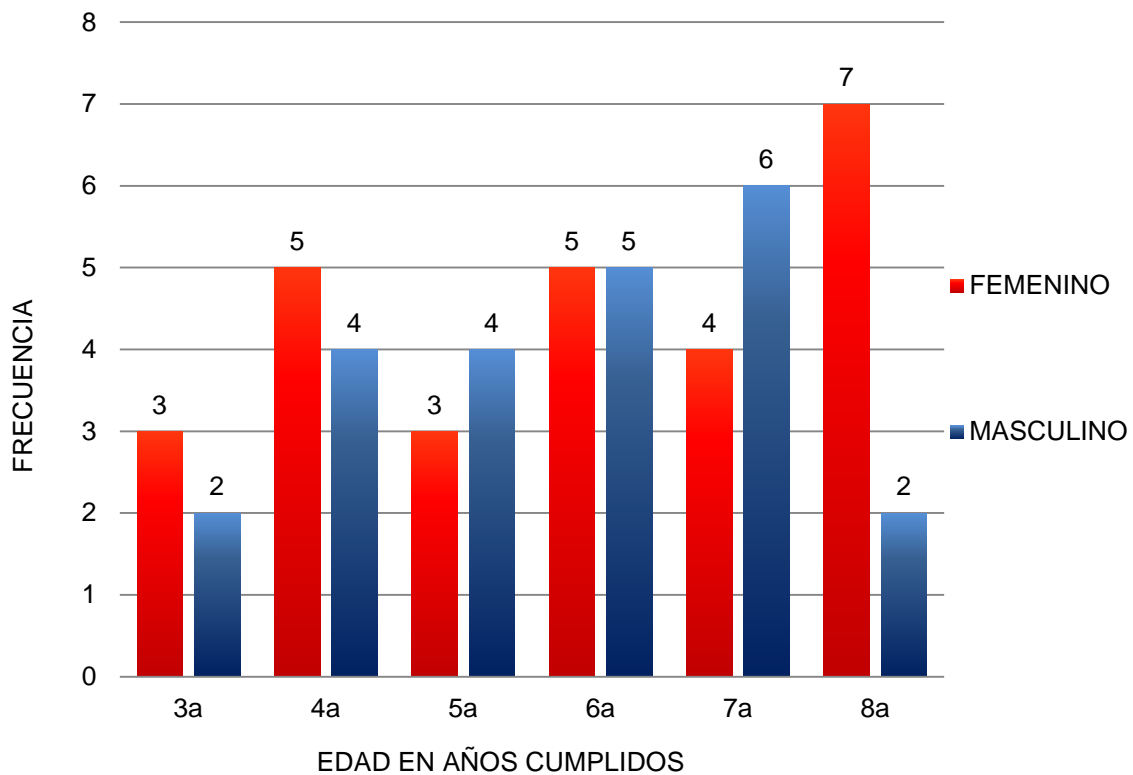
Fuente: Tabla 1

TABLA 2. Edad y sexo de los pacientes con adenoamigdalitis crónica operados con adenoamigdalectomía.

SEXO	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS													
	3 a		4 a		5 ^a		6 a		7 a		8 a		total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	3	6 %	5	10 %	3	6 %	5	10 %	4	8%	7	12 %	27	54 %
MASCULIN O	2	4 %	4	8%	4	8 %	5	10 %	6	12 %	2	4%	23	46 %

Fuente: Base de datos

GRÁFICA 2. Edad y sexo de los pacientes con adenoamigdalitis crónica con adenoamigdalectomía.



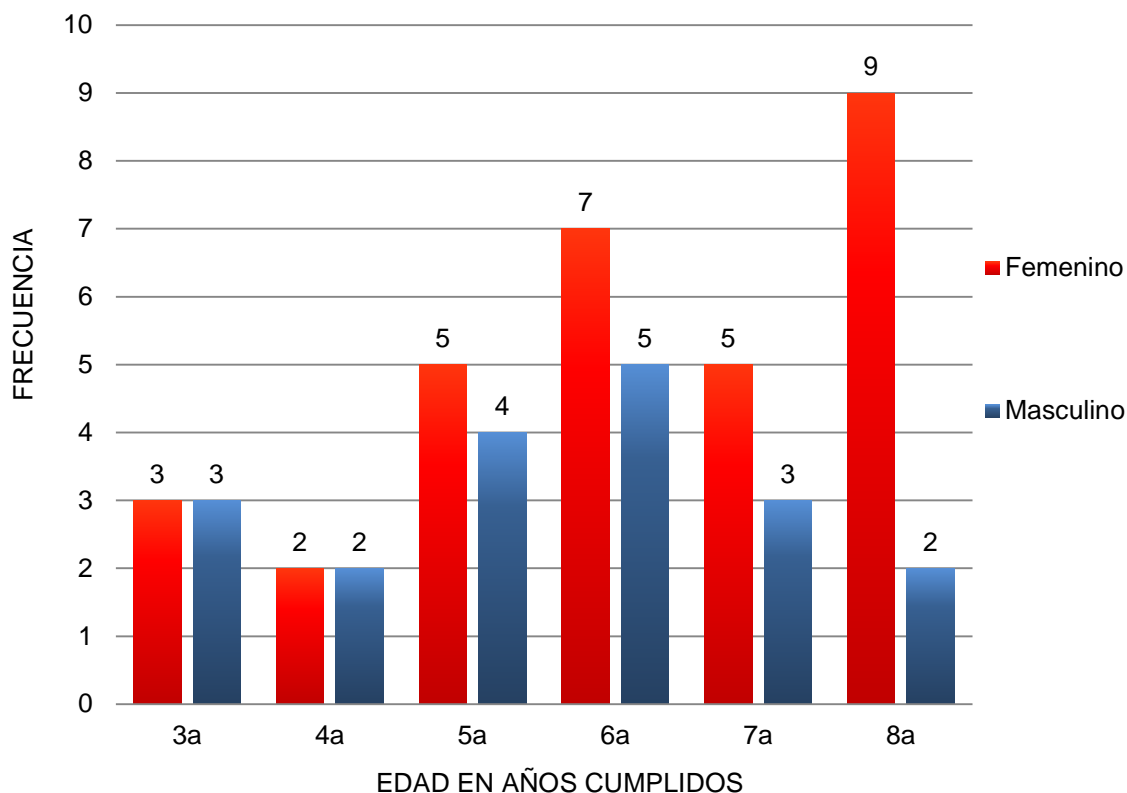
Fuente: Tabla 2

TABLA 3. Edad y sexo de los pacientes con adenoamigdalitis crónica no operados.

SEXO	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS												total	
	3a		4a		5a		6a		7a		8a		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	3	6%	2	4%	5	10%	7	14%	5	10%	9	18%	31	62%
Masculino	3	6%	2	4%	4	8%	5	10%	3	6%	2	4%	19	38%

Fuente: Base de datos

GRÁFICA 3. Edad y sexo de los pacientes con adenoamigdalitis crónica no operados.



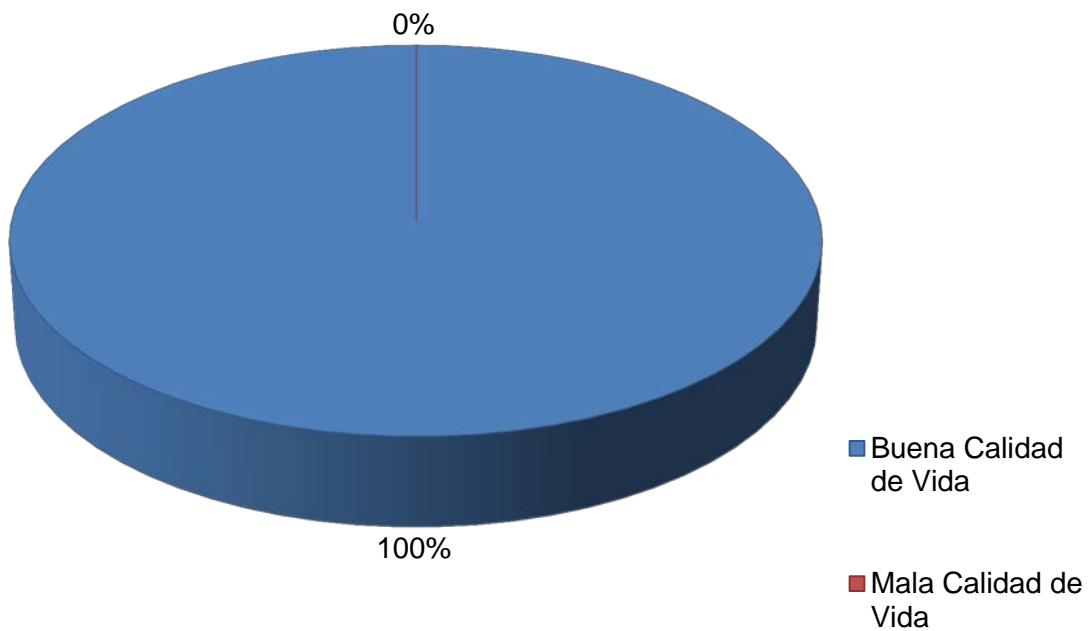
Fuente: Tabla 3

TABLA 4. Calidad de vida en los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía.

PACIENTES POSTOPERADOS		
CALIDAD DE VIDA	n	%
Buena Calidad de Vida	50	100%
Mala Calidad de Vida	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos

GRÁFICA 4. Calidad de vida en los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía.



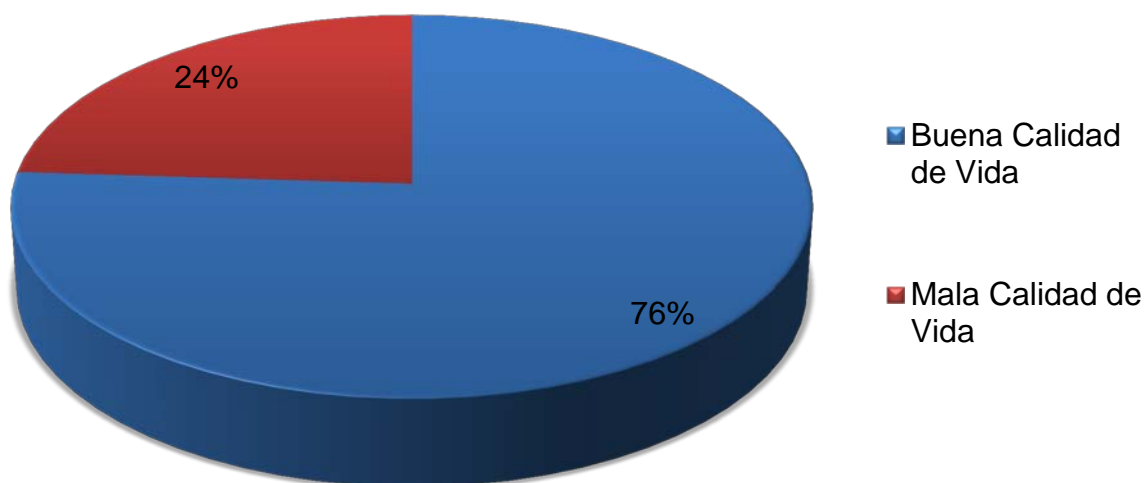
Fuente: Tabla 4

TABLA 5. Calidad de vida en los pacientes con adenoamigdalitis crónica que se encuentran con tratamiento conservador.

CALIDAD DE VIDA	PACIENTES NO OPERADOS	
	n	%
Buena Calidad de Vida	38	76%
Mala Calidad de Vida	12	24%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos

TABLA 5. Calidad de vida en los pacientes con adenoamigdalitis crónica que se encuentran con tratamiento conservador.



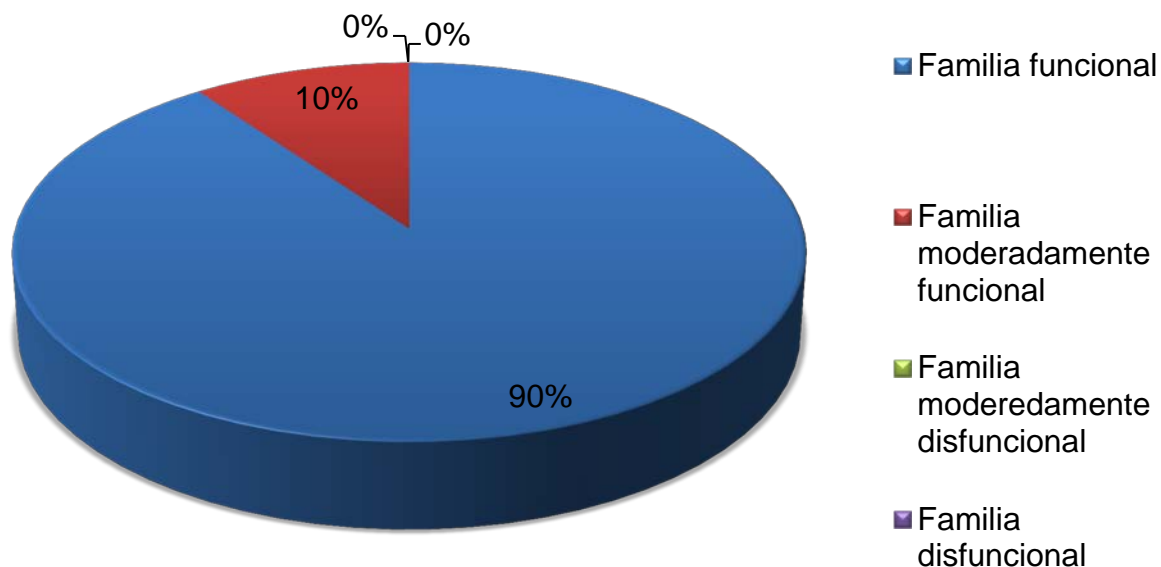
Fuente: Tabla 5

TABLA 6. Funcionalidad familiar que tienen los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR PACIENTES OPERADOS	n	%
Funcional	45	90%
Moderadamente Funcional	5	10%
Moderadamente Disfuncional	0	0%
Disfuncional	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos

CUADRO 6. Funcionalidad familiar que tienen los pacientes postoperados de adenoamigdalectomía



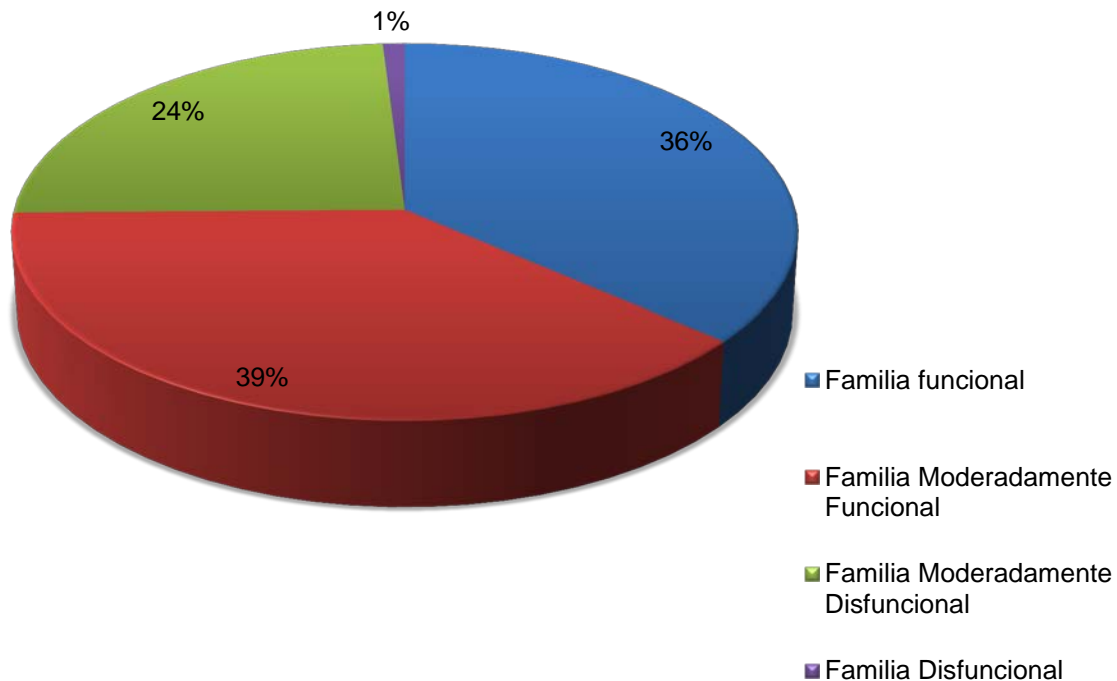
Fuente: Tabla 6

TABLA 7. Funcionalidad familiar que tienen los pacientes que no han sido operados de adenoamigdalectomía.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR PACIENTES OPERADOS	n	%
Funcional	18	36%
Moderadamente Funcional	19	38%
Moderadamente Disfuncional	12	24%
Disfuncional	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos

GRÁFICA 6. Funcionalidad familiar que tienen los 4pacientes que no han sido operados de adenoamigdalectomía.



Fuente: Tabla 6

X. DISCUSION

Este estudio aporta una visión particular en relación a los pacientes con adenoamigdalitis crónica respecto a su calidad de vida y función familiar en pacientes operados como no operados de adenoamigdalectomía en el HGR con UMF 220.

No se encontraron estudios comparativos de pacientes con adenoamigdalitis crónica con tratamiento quirúrgico y conservador que mencionaran sexo y edad de los pacientes.

Del total de pacientes no operados presentaron un 76% buena calidad de vida en comparación con el 100% de los operados que la presentan, lo cual concuerda con lo que expone Goldstein en 2008 sobre el comportamiento y calidad de vida

en los niños antes y después de amigdalectomía y adenoidectomía. También concuerda con lo que argumenta Zambrano en 2011, en Ciudad de México sobre la Calidad de vida en niños escolares con trastorno por déficit de atención e hiperactividad relacionada a niveles de ansiedad en quienes se les aplicó el Cuestionario de Autopercepción de la calidad de vida en donde también se demuestra que los pacientes que no tienen patologías crónicas presentan mejor autopercepción de esta.

En la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario FF- SIL, con el cual se presentaron en las familias de pacientes operados familias funcionales en un 90% y moderadamente funcionales en el 10% de ellas. Con respecto a las familias de los pacientes no operados se encontró que el 36% de ellas son funcionales, 38% moderadamente funcionales y 26% disfuncionales lo cual corresponde a lo que encontró Angulo en 2016 en su estudio sobre funcionalidad familiar en pacientes con patologías crónicas como la diálisis peritoneal.

XI. CONCLUSIÓN

A partir de la investigación realizada sobre la percepción de la calidad y el tipo de funcionalidad familiar en pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis crónica; en pacientes operados y no operados, que acuden a consulta externa de otorrinolaringología del H.G.R. 220 Toluca, Estado de México.

Se puede argumentar que, la decisión que tomen los pacientes y sus padres respecto al tratamiento a seguir influye directamente en su entorno y en sus relaciones familiares, lo que determina la calidad de vida y funcionalidad familiar.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos se aprecia que los pacientes operados tienen una mayor calidad de vida y funcionalidad familiar que los no operados. La calidad de vida en los

pacientes operados es de un 100% mientras que de los no operados es de un 76%; en relación a la funcionalidad familiar de los pacientes operados se encontró que el 90% cuentan con familias funcionales y de los no operados es del 38% tienen familias moderadamente funcionales por lo cual se cumple la hipótesis. Por tanto en esta muestra la cirugía es el mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

XII. SUGERENCIAS

En la actualidad los sistemas de salud tienen un reto que va más allá de atender y curar a los pacientes. Cada niño y cada familia son únicos; por lo tanto, la estrategia para lograrlo se basa en armonizar los procesos de carácter social e individual.

Es prioritario enfocarse en promover la medicina preventiva para disminuir la aparición de enfermedades. Con respecto al desarrollo, el ámbito psicosocial y a las enfermedades crónicas en niños y adolescentes pueden requerir consejos frecuentes y visitas para tratamiento, aparte de las visitas de medicina preventiva. Cuando las patologías se presentan en forma crónica el médico familiar debe de ser capaz de brindar un tratamiento adecuado, una atención integral y sobre todo debe de poder identificar si el paciente está cursando con una crisis en algún subsistema o en el sistema familiar a modo de llevar a cabo una atención integral,

sabiendo hasta que nivel de intervención llegar a modo de brindarle al paciente el mejor tratamiento como individuo y como familia. Por tal motivo es importante tener una buena relación médico paciente.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Salinas P, Farias A, González X, Rodríguez C. Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Rev Soc Chilena Neum Ped 2008. Vol 3 Supl 1, pp 34- 39.
2. Badía, X., Lizán, L. (2006). Calidad de vida: definiciones y conceptos. En P. Martínez (Ed.), Calidad de vida en neurología (p. 3-18). Barcelona, España: Ars Médica.
3. Sitaresmi MN, Mostert S, Gundy CM, Sutaryo, Veerman JP. Health-related quality of life assessment in Indonesian childhood acute lymphoblastic leukemia. Health Qual Life Outcomes 200. Vol. 6. Pp 96-102.
4. Ortega T, De La Cuesta D, Días C, Propuesta de un Instrumento para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales. Rev Cubana Enfermer 1999, Vol. 15 No3, p. 164- 168.

5. González T, Garza J, Sánchez R. La Calidad De Vida En Niños De Primaria: Análisis Confirmatorio En Una Muestra Coahuilense. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2013, vol. 18 No.2, pp. 373-387.
6. Rajmil L., Estrada D., Herdman M., Serra-Sutton V. & Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria* 2001, Supl 15. pp 34-43.
7. Griebisch, Coast & Brown. Quality- adjusted life-years lack quality in pediatric care: a critical review of published cost-utility studies in child health. *Pediatrics* 2005. Vol 115. pp 600-614.
8. Velarde-Jurado E. & Avila-Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. *Revista Salud Pública de México* 2002. Vol. 44. Pp 349-361.
9. Ware. Conceptualization and measurements of health- related quality of life: comments on an evolving field. *Archives Physiology Medical Rehabilitation* 2003. Vol. 84, Supl. 2.

10. Bacro F, Rambaud A, Humbert C, Sellenet C. The placement courses and the subjective quality of life of 6- to 11-year-old children living in child welfare institutions. *Rev L'Encéphale*, Paris, 2014. Vol. 41. pp 412—419
11. Sanjuas C. Medición de Calidad de Vida: ¿Cuestionarios genéricos o específicos? *Arch Bronconeumol* 2005; Vol. 41. pp107-109.
12. Natapoff JN. Children's view of health: a developmental study. *Am J Public Health* 1978; 68:995-1000.
13. Dorantes-Acosta E, Villasís-Keever A, Zapata-Tarrés M, et al. Calidad de vida de niños mexicanos con leucemia linfoblástica aguda atendidos por el Seguro Popular. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012. Vol 69 Supl 3. Pp 242-254.
14. Jenney M, Campbell S. Measuring Quality of Life. *Arch Dis Child* 2007. No 92. Pp 348—350
15. Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V, Estrada M, Rajmil L, et al. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad

- pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2006.
16. KIDSCREEN Project Information Screening for and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents - A European Public Health Perspective. The KIDSCREEN Group, 2004.
 17. García E, González MP, Sáiz PA et al. Calidad de vida en niños con tumores hematológicos. Rev Esp Pediatr. España 2000. Vol 56 Supl3. Pp 247-252
 18. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: una Aproximación desde la Enfermedad Crónica. Phycologia Avances de la disciplina. 2013. Vol. 7 No 2. Pp 69- 86
 19. Zambrano E, Martínez J A, et al. Calidad de vida en niños escolares con trastorno por déficit de atención-hiperactividad relacionada a niveles de ansiedad. Arq Neuropsiquiatr. México 2012. Vol 70 Supl 3. Pp 180-184.
 20. Castelo P, Barbosa T, Gavião MB. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. BMC Oral Health [Internet]. 2010 [citado 04 febrero 2016]; vol 10. Pp 1-7. Disponible en <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-10-16>
 21. Huerta JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud- enfermedad. 3ra Ed. México, D. F., 2005.
 22. Chávez GL. La Familia, las relaciones sociales y la identidad étnica entre indígenas migrantes urbanos en San Luis Potosí. Relaciones 134, primavera 2013, p. 131 – 155.
 23. Fairlie A, Frisancho D, Teoría de las interacciones familiares. IPSI Revista de Investigación en Psicología 2008, Vol. 1 N° 2, p. 41 -74.
 24. Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen- Coria A., Gómez- Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar 7ª Ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. P. 103- 140.

25. Conceptos básicos en el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar 2005, Vol. 7 Supl. 1, p. 15-19
26. García M, Landeros O, et al. Funcionalidad Familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural, Revista de Enfermería Inst Mex. Seguro Soc. 2007. Vol 15 Supl 1. Pp 21-26.
27. Mendoza S, Soler H, et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivo en Medicina Familiar 2006. Pp 27- 32.
28. Leyva- Jiménez R. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007, Vol.45 N° 3, p. 225-232.
29. Angulo A, Martínez M, Velázquez J, et al. Correlación entre la Dependencia Física del Paciente con Diálisis Peritoneal y la Carga del Cuidador de acuerdo a la Funcionalidad familiar. Rev Dig Cienc UAQro [Internet] 2016 [citado 02 de mayo de 2016]. Disponible en http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v9-n1/MED-9.pdf
30. Sanders C, et al. El Modelo Circumplejo de Olson: Un acercamiento sistémico a las relaciones de pareja y de familia. Revista InPsych 2011, Vol 33 Supl.1.
31. Ferrer- Honores P, et al. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Rev. Enferm Herediana 2013, Vol 6 Supl. 2, p. 51-58.
32. Mendoza S, Soler H. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivo en Medicina Familiar 2006; 27 – 32.
33. Ponce ER, Gómez FJ, Terán M, Irigoyen AE y Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002. Diciembre. Vol. 30 Supl 10, pp 624-630.
34. Atención Familiar UNAM [Internet]. México: Revista Atención Familiar UNAM; c2011 [citado 07 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html>.

35. PsycoSistem: blog de contenido psicológico [Internet]. México. C2013 [30 enero 2013; 17 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.psico-system.com/2013/01/cuestionario-de-funcionamiento-familiar.html?m=1>
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet] México: INEGI; 2015 [citado 20 febrero 2016]. "Estadísticas A Propósito Del... Día Del Niño (30 De Abril) Datos Nacionales. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/ni%C3%B1o0.pdf>
37. UNICEF: United Nations Children's Fund [Internet]. México: UNICEF; c2013 [Citado 17 de enero 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6901.htm
38. Lori GI, Siddiqi, Hertzman, C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilibrador. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud 2007.
39. De Jesús M, Froes P, Mojica M, Palma F. La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas [Internet] Boletín Desafíos de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. N° 6. Santiago de Chile. [Internet] Naciones Unidas, diciembre de 2007 [Citado el 16 de marzo de 2015] Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/desafios_n6_MortalidadInfantil_Ene_08\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/desafios_n6_MortalidadInfantil_Ene_08(1).pdf)
40. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. Supervivencia y desarrollo infantil. Citado el 23 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/childsurvival/>
41. Dirección General de Epidemiología [Internet]. 2013. Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad. [Citado el 7 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

42. Nave H, Gebert A, Pabst R. Morphology and immunology of the human palatine tonsil. *Anat Embryol.* 2001. pp 204-367. (Re-visión que resume los datos actuales sobre anatomía, histología, patología e inmunología de las amígdalas palatinas.)
43. Anil K. Lalwani. Diagnóstico Y Tratamiento En Otorrinolaringología, Cirugía De Cabeza y Cuello. Mc. Graw Hill Interamericana. 2 Ed. pp 340- 345.
44. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información. Dirección General de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico* 2016. No 34, Vol 33.
45. Álvez F, Sánchez JM. Faringoamigdalitis aguda. En: *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica.* Asociación Española de Pediatría. [Citado Acceso: 7-3-2016]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4_o.pdf
46. Lamadrid E, González T, et. Al. Actualidades sobre la amigdalectomía, Tonsillectomy update. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2013. Vol. 76 No 4. Pp 210-216.
47. Barbero M, Martínez P, Muñoz P. Valoración antes del Manejo de la Vía Aérea. Revisión 2015. [Internet] *Anestesia R, Vía Aérea.* 14 Diciembre 2015 [Citado el 07 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://anestesar.org/2015/valoracion-antes-del-manejo-de-la-via-aerea-revision-2015/>
48. Doctor's Magazine: blog de contenido médico [Internet]. Publicado el 28 de noviembre 2011 [08 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://doctorsmagazine.wordpress.com/2011/11/28/apnea-obstruktiva-del-sueno-en-la-infancia/>
49. Finkelstein KA, Beltrán MC, Caro LJ. Actualización en Otitis Media con Efusión: Revisión Bibliográfica. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* [Internet]. 2006 Dic [citado 04 Octubre 2016]. Vol 66 Supl 3. Pp 247-255. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

48162006000300012&lng=es.

[http://dx.doi.org/10.4067/S0718-](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162006000300012)

[48162006000300012](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162006000300012).

50. Sánchez F, Labatut TE, Raboso E. Libro virtual de formación en ORL. Sociedad Española de Otorrinolaringología [Internet] 2010. [Citado 04 de Octubre 2016] Cap 15. Pp. 1 – 14. Disponible en: <http://seorl.net/PDF/Otologia/015%20-%20OTITIS%20SEROMUCOSA.pdf>
51. Cummings C. Otolaryngology Head and Neck Surgery. Editorial Elsevier Mosby, 4ta Edición, USA. 2005. Pp 4166 – 4177.
52. E. Lescanne, B. Chiron, et al. Pediatric tonsillectomy: Clinical practice guidelines. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases 2012. Supl 129. pp 264—271.
53. Chávez ME, Delgado S, et. Al. Comorbilidad en adenoamigdalitis crónica e hipertrófica. Estudio de 3600 casos. Rev Med IMSS 2005. Vol. 43 No2. pp 103-116.
54. Escará F, Vidarrueta SM. Assessment of quality of life before and after an adenotonsillectomy among children with hypertrophic tonsils and/or adenoids. Arch Argent Pediatr. Argentina 2015. Vol. 113 Supl 1. Pp 21-27.
55. Goldstein NA, Fatima M, Campbell TF, Rosenfeld RM. Child behavior and quality of life before and after tonsillectomy and adenoidectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002. Vol.128 Supl 7. Pp 770-5.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO	EDAD	SEXO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CALIDAD DE VIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
1	7	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
2	6	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
3	4	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
4	7	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
5	5	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
6	6	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
7	4	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
8	7	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
9	6	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
10	5	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
11	7	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
12	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
13	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
14	8	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
15	3	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
16	6	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
17	7	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
18	7	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
19	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
20	5	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
21	4	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
22	3	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
23	6	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
24	7	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
25	6	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
26	5	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
27	5	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
28	5	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
29	5	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
30	4	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
31	7	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
32	6	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
33	4	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
34	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
35	4	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
36	7	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
37	7	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
38	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
39	4	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
40	6	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL

FOLIO	EDAD	SEXO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CALIDAD DE VIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
41	4	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
42	6	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
43	3	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
44	8	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
45	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
46	6	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
47	3	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
48	8	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
49	3	MASCULINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
50	4	FEMENINO	SI	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
51	7	FEMENINO	NO	CALIDAD DE VIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
52	8	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
53	7	MASCULINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
54	4	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
55	8	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
56	7	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
57	6	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
58	8	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
59	8	MASCULINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
60	5	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
61	7	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
62	3	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
63	8	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
64	6	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
65	4	MASCULINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
66	5	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
67	8	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
68	3	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
69	8	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
70	7	FEMENINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
71	6	MASCULINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
72	8	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
73	7	FEMENINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
74	6	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
75	5	FEMENINO	NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
76	6	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
77	3	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
78	5	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
79	3	FEMENINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
80	5	MASCULINO	NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL

FOLIO	EDAD	SEXO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO		CALIDAD DE VIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
81	6	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
82	7	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
83	5	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
84	8	FEMENINO		NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
85	5	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
86	6	FEMENINO		NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
87	6	MASCULINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
88	4	MASCULINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
89	6	MASCULINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
90	6	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
91	5	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
92	4	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
93	3	FEMENINO		NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
94	8	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
95	5	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA DISFUNCIONAL
96	6	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
97	7	FEMENINO		NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
98	8	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
99	3	FEMENINO		NO	MALA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
100	6	FEMENINO		NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL
				NO	BUENA CALIDAD DE VIDA	FAMILIA FUNCIONAL

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (AUQUEI)

AU1. En la mesa con tu familia, ¿cómo te sientes?



AU2. Por la noche cuando te vas a acostar, ¿cómo te sientes?



AU3. Si tienes hermanos/as, cuando juegas con ellos, ¿cómo te sientes?



AU4. Por la noche cuando duermes, ¿cómo te sientes?



AU5. En clase, ¿cómo te sientes?



AU6. ¿Cómo te ves cuando te miras en una foto?



AU7. En el recreo, ¿cómo te sientes?



AU8. Cuando vas a la consulta a ver al médico, ¿cómo te sientes?



AU9. Cuando haces deporte, ¿cómo te sientes?



AU10. Cuando piensas en tu papá, ¿cómo te sientes?



AU11. El día de tu cumpleaños, ¿cómo te sientes?



AU12. Cuando haces tus deberes en casa, ¿cómo te sientes?



AU13. Cuando piensas en tu mamá, ¿cómo te sientes?



AU14. Cuando te quedas en el hospital, ¿cómo te sientes?



AU15. Cuando juegas solo, ¿cómo te sientes?



AU16. Cuando tu mamá o tu papá hablan de ti, ¿cómo te sientes?



AU17. Cuando duermes fuera de tu casa, ¿cómo te sientes?



AU18. Cuando te piden que demuestres lo que sabes hacer, ¿cómo te sientes?



AU19. Cuando tus amigos hablan de ti, ¿cómo te sientes?



AU20. Cuando tomas tus medicinas, ¿cómo te sientes?



AU21. Durante las vacaciones, ¿cómo te sientes?



AU22. Cuando piensas en cuando seas mayor, ¿cómo te sientes?



AU23. Cuando estás lejos de tu familia, ¿cómo te sientes?



AU24. Cuando recoges las notas en el colegio, ¿cómo te sientes?



AU25. Cuando estás con tus abuelos, ¿cómo te sientes?



AU26. Cuando ves la televisión, ¿cómo te sientes?



Pregunta abierta 1. Si tuvieras una varita mágica y sólo pudieras cambiar una cosa, ¿qué cambiarías?

Pregunta abierta 2. Cuando estás triste y tienes problemas ¿qué haces para consolarte?

Pregunta abierta 3. ¿Puedes explicar la enfermedad que tienes y que te obliga a venir al hospital?


ANEXO 3. TEST FF- SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Consigna: a continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

		CASI NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1	Se toman decisiones 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.				

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <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 PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD) </p>	
Nombre del estudio:	"PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 3 A 8 AÑOS DE EDAD CON ADENOAMIGDALITIS CRÓNICA, OPERADOS Y NO OPERADOS DE ADENOAMIGDALECTOMÍA EN LA CONSULTA EXTERNA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 TOLUCA, PERIODO 2016"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Toluca ,Estado de México periodo 2016
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar como son la calidad de vida y el tipo de funcionalidad familiar que hay en pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis crónica operados y los no operados que acuden a la consulta externa de Otorrinolaringología.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Adquirir conocimientos sobre la enfermedad que padece y habilidades para mantener una vida saludable
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se orientara y se informara a los pacientes y a los padres sobre los resultados obtenidos. Se canalizara a un manejo multidisciplinario
Participación o retiro:	El paciente podrá retirarse de manera voluntaria, sin repercusiones.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos e información se utilizaran solo para fines del estudio, manteniendo su confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se informará y orientara sobre medidas terapéuticas y preventivas.
Beneficios al término del estudio:	Difundir la información obtenida
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Director de Tesis	DRA. MARIA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ emiaviles@yahoo.com.mx
Investigador Responsable:	DRA. GRISELT PRADO MARTÍNEZ gris_p@outlook.com (222) 161 98 24
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	Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
-------------------------------------	-------------------------------------

ANEXO 5. ASENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)	
	Nombre del estudio: "PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 3 A 8 AÑOS DE EDAD CON ADENOAMIGDALITIS CRÓNICA, OPERADOS Y NO OPERADOS DE ADENOAMIGDALECTOMÍA EN LA CONSULTA EXTERNA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 TOLUCA, PERIODO 2016"	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Toluca, Estado de México periodo 2016	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar como son la calidad de vida y el tipo de funcionalidad familiar que hay en pacientes de 3 a 8 años con adenoamigdalitis crónica operados y los no operados que acuden a la consulta externa de Otorrinolaringología.	
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Adquirir conocimientos sobre la enfermedad que padece y habilidades para mantener una vida saludable	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se orientará y se informará a los pacientes y a los padres sobre los resultados obtenidos. Se canalizará a un manejo multidisciplinario	
Participación o retiro:	El paciente podrá retirarse de manera voluntaria, sin repercusiones.	
Privacidad y confidencialidad:	Los datos e información se utilizarán solo para fines del estudio, manteniendo su confidencialidad.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
	No autoriza que se tome la muestra.	
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se informará y orientará sobre medidas terapéuticas y preventivas.	
Beneficios al término del estudio:	Difundir la información obtenida	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Director de Tesis	DRA. MARIA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ emiaviles@yahoo.com.mx	
Investigador Responsable:	DRA. GRISSEL PRADO MARTÍNEZ gris_p@outlook.com (222) 161 98 24	
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 Congressos, 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		Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma

XV. GLOSARIO

APGAR familiar. Cuestionario de adaptabilidad familiar por las siglas de los valores que mide: adaptabilidad, articiación o cooperación, crecimiento, afecto y resolución.

AUQUEI. Cuestionario de autopercepción de la calidad de vida.

CFA. Cuestionario de Funcionamiento Familiar.

CHIP-AE. Cuestionario de perfil de salud y enfermedad de niños y adolescentes.

CHQPF. Cuestionario de salud infantil.

CV. Calidad de vida.

CVRS. Calidad de vida referente a la salud.

CVRSI. Calidad de vida referente a la salud infantil.

EDAS. Enfermedades diarreicas agudas.

FACES. Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar .

FAD. Dispositivo de Evaluación de la familia.

FAM. Medida de Evaluación Familiar.

FES. Escala de Medio Ambiente Familiar.

FFI. Índice de Funcionamiento Familiar.

FF- SIL. Cuestionario de funcionamiento familiar.

IRAS. Infecciones respiratorias agudas.

KIDSCREEN. Familia de instrumentos para la topografía de calidad relacionada con la salud de la vida en niños y adolescentes.

SAOS. Síndrome de apnea obstructiva del sueño.

SFI. Inventario de Auto- Evaluación Familiar.

