



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
No.1 ZACATECAS, ZACATECAS.

TESIS

***“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES CON OBESIDAD”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROCIO DEL CARMEN DE LIRA SOSA

ZACATECAS ZACATECAS

FEBRERO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES
CON OBESIDAD”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ROCIO DEL CARMEN DE LIRA SOSA

AUTORIZACIONES

DR. JOSE ANGEL SALAS GONZALEZ
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA
COORDINACION AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
ASESOR METODOLOGICO

DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS
COORDINACION AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACION EN SALUD

DRA. ALICIA VILLA CISNEROS
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA No. 1 ZACATECAS

DRA MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UMF 55 FRESNILLO ZACATECAS

DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS

DRA PATRICIA LOPEZ SAN JUAN
MEDICO NO FAMILIAR CON ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA
ASESOR CLINICO

ZACATECAS ZACATECAS

FEBRERO 2014

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD"
TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

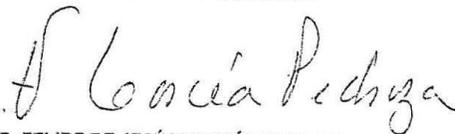
DRA. ROCIO DEL CARMEN DE LIRA SOSA

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAYÉLINA

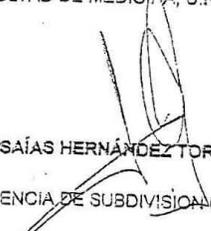
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR,

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ZACATECAS, ZACATECAS.

FEBRERO 2014

INDICE

Contenido	Página
1 Resumen Estructurado	1
1.1 Abstract	3
2. Antecedentes	5
3. Planteamiento del problema	16
4. Justificación	17
5. Objetivo de la investigación	18
5.1 Objetivo general	18
5.2 Objetivos específicos	18
6. Material y Método	18
6.1. Diseño Metodológico	18
6.1.1 Población	18
6.1.2 Lugar	18
6.1.3 Tiempo	18
6.2 Criterios de Selección	19
6.2.1 Criterios de Inclusión	19
6.3 Diseño de la Muestra	19
6.3.1. Técnica de Muestra	19
6.3.2. Tamaño de la muestra	19
7. Variables de estudio	21
7.1. Variables Universales o Sociodemográficas	21

7.2 Variables Intervinientes	21
8 Definición Operacional de las variables	21
9. Procedimiento para recopilar la información	25
9.1 Flujograma	28
9.2 Análisis Estadístico.	29
10. Consideraciones éticas	29
11 Resultados	31
12 Discusión	39
13 Conclusiones	40
14 Limitaciones	40
15 Conflicto de intereses	40
16 Limitantes y perspectivas del estudio	40
17 Expectativas Clínico Asistenciales y Metodológicas	41
18 Agradecimientos	41
19 Bibliografía	42
20. Anexos	45
20.1 Anexo 1. Carta de consentimiento informado	45
20.2. Anexo 2. Cédula de recolección de datos	47
20.3 Anexo 3. Graficas CDC Percentiles de IMC por edad	57
20.4 Dictamen de Autorización	59

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD”

Rocío del Carmen de Lira Sosa,¹ Ildelfonso Aparicio Trejo² Eduardo Martínez Caldera³

¹ Alumno del Curso de especialización en Medicina Familiar De HGZ No. 1. ² Profesor titular del curso en especialización en Medicina Familiar, ³Coordinación Auxiliar Médico en Investigación en Salud Delegación Estatal Zacatecas.

INTRODUCCION: La obesidad en los adolescentes es un problema de salud pública mundial, incluyendo a México. La obesidad, se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia. Los adolescentes, debido a la importancia que le brindan a su imagen corporal, están predispuestos a presentar baja autoestima, en cuanto a la funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.

OBJETIVO: Identificar el tipo de funcionalidad familiar y nivel de autoestima de la población adolescente estudiante de secundaria y preparatoria del municipio de Saín Alto, Zacatecas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, prolectivo, realizado de enero a octubre del 2012 en un tamaño de muestra de 138 familias con un integrante adolescente, inscritos en las Escuelas Secundaria Técnica No. 10 y Colegio de Bachilleres de Saín Alto en el ciclo escolar 2011-2012, seleccionados no probabilísticamente. Se identificaron características sociodemográficas del adolescente, características familiares y que mediante carta de consentimiento informado, firmado por padres o tutores aceptaron que sus hijos participaran. Se midió el grado de obesidad/sobrepeso con gráficas del Center for Disease Control (CDC) que marca la Organización Mundial de la Salud, la autoestima con la escala de Coopersmith y funcionalidad familiar (FACES III). Análisis estadístico en SPSS 15 con estadística descriptiva de medidas de tendencia central para variables cuantitativas (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar y varianza) para variables cualitativas se utilizaron, frecuencias relativas y absolutas.

RESULTADOS. Con base a las características sociodemográficas encontramos lo siguiente de 138 adolescentes encuestados de los cuales el (52.2%) fueron del sexo femenino , el promedio de edad fue de 15 años , con rango de 12 - 19 años. En cuanto al nivel socioeconómico predominó la ocupación obrero con un (41.3%), Se obtuvo en relación a la distribución de obesidad por el IMC percentilado corresponde a (35.5 %) los que tienen obesidad, sobre la estructura familiar se obtuvo que los adolescentes tienen un predominio de una familia nuclear simple con un (55.1%), con relación a la Funcionalidad Familiar, se obtuvo un (67.4%) los que tienen una familia funcional . En el nivel de autoestima se obtuvo que (38.4 %) de los adolescentes tienen una autoestima baja.

CONCLUSIONES

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que cuando hay una familia disfuncional el adolescente tiene mayor posibilidad de presentar una baja autoestima y los adolescentes con una familia funcional presenta una autoestima normal 4 veces que los anteriores. Encontramos además que a mayor índice de masa corporal hay menor autoestima en el adolescente. En cuanto al género no existen diferencias significativas, en el nivel socioeconómico en el obrero marginal existen 5 adolescentes con autoestima normal mientras que hay 2 con baja autoestima.

PALABRAS CLAVE. Adolescente, obesidad, autoestima, funcionalidad familiar.

1.1 ABSTRACT

SUMMARY:

"FAMILY FUNCTIONALITY AND SELF-ESTEEM IN ADOLESCENTS WITH OBESITY"

1 Student Course of specialization in Family Medicine Of HGZ No. 1. 2 Professor of the Specialization Course in Family Medicine, Medical Assistant 3Coordinación Health Research Zacatecas State Delegation.

INTRODUCTION: Obesity in adolescents is a public health problem worldwide, including Mexico. Obesity occurs most often in adolescence. Adolescents, because of the importance they give to their body image, are predisposed to low self-esteem, in terms of family functioning is a determinant in the maintenance of health or disease onset factor among its members.

OBJECTIVE: To identify the type of family functioning and self-esteem of teenage high school student and high Township Sain Alto, Zacatecas population.

MATERIAL AND METHODS : Cross-sectional , prolective study conducted from January to October 2012 in a sample size of 138 families with an adolescent member, enrolled in Secondary Schools No. 10 and Technical College of Bachelors of Sain Alto in 2011 school year -2012 , not probabilistically selected . Adolescent sociodemographic characteristics were identified by family characteristics and they informed consent letter signed by parents or guardians agreed that their children participate. The degree of obesity / overweight graphs Center for Disease Control (CDC) to mark the World Health Organization , the self-esteem scale Coopersmith and family functioning (FACES III) was measured. Statistical Analysis in SPSS 15 with descriptive statistics for measures of central tendency (mean , median and mode) quantitative variables and dispersion (standard deviation and variance) were used for qualitative variables , absolute and relative frequencies .

RESULTS. Based on the sociodemographic characteristics we find the following of teens surveyed 138 of which (52.2%) were female, the average age was 15 years, range 12-19 years. Regarding socioeconomic level prevailing labor occupation with one (41.3%) was obtained in relation to the distribution of obesity by BMI percentilado corresponds to (35.5%) those with obesity, family structure was obtained that adolescents have a predominance of a single nuclear family with one (55.1%), with respect to family functionality was obtained one (67.4%) that have a functional family. At the level of self-esteem was obtained (38.4%) of teenagers have low self esteem.

CONCLUSIONS

Regarding the family functionality found that a dysfunctional family when the adolescent is more likely to have low self-esteem and adolescents with a functional family has normal self 4 times than before. We also found that higher BMI's lower self-esteem in adolescents. As there are no significant gender differences in socioeconomic status in marginal workers there are 5 normal adolescent self-esteem while there are 2 with low self esteem

KEYWORDS. Adolescent obesity, self-esteem, family functioning.

2 ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. El término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. La (OMS) considera dos fases, la adolescencia temprana 10 -14 años y la adolescencia tardía 15-19.¹

En México, la Encuesta Nacional de Nutrición reportó en 2012 que uno de cada tres Adolescentes (12-19 años) tenían sobrepeso y obesidad, ya que se encontró con sobrepeso a 19.6% de los varones y 23.7% de las mujeres; en tanto que la obesidad se encontró en 14.5 y 12.1% respectivamente de los adolescentes y la prevalencia conjunta del sobrepeso y obesidad fue ligeramente mayor en las mujeres (35.8%) comparada con la de los varones (34.1%), sin embargo, lo más alarmante de esta información; son las consecuencias en la salud adversas del sobrepeso-obesidad, en la etapa adulta, morbilidad y mortalidad. En cuanto al diagnóstico del sobrepeso y de la obesidad, se han definido mediante criterios antropométricos y en este sentido la (OMS) ha recomendado el uso del índice de masa corporal (IMC), como una medición que estima la cantidad de grasa corporal, lo que permite estimar y comparar las prevalencias de sobrepeso y obesidad registradas en distintos países.² La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes ha tenido un incremento alarmante en todo el mundo. El problema se ha convertido en una pandemia con impacto negativo en la salud y en la economía de los pueblos. Como enfermedad crónica con graves riesgos para la salud, la obesidad no respeta grupos de edad, género o nivel socioeconómico; ha alcanzado también a los menores de edad. Lo que inicialmente era considerado como "problema creciente" en la infancia y adolescencia, con un riesgo de perpetuarse y causar enfermedades crónico-degenerativas en la adultez temprana, hoy es una enfermedad mundial que se acompaña de complicaciones metabólicas y no metabólicas en niños y adolescentes. En México, es alarmante la prevalencia de sobrepeso y obesidad sobre todo su comportamiento epidemiológico en la última década.³

La obesidad, es una compleja combinación de factores que actúan en muchas etapas de la vida de una persona y es importante saber que aquellos adolescentes que los presentan, constituyen un grupo vulnerable en el que se hace imprescindible comenzar tempranamente con estrategias de prevención.

Factores Genéticos: Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos, el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso, será 41 a 50 % y si ninguno de los dos tienen obesidad, el riesgo para la descendencia será solo del 9 %.

Factores Ambientales: Constituido por sistemas de transporte, dependencia del automóvil y otros vehículos, la urbanización.

Factores Alimentarios: Las poblaciones urbanas de diversos países han modificado su régimen alimenticio, a expensas del aumento en el consumo de grasas, azúcares y de la disminución en el consumo de fibra. Los precios elevados de las frutas, vegetales frescos y de otros alimentos de alta calidad nutricional, los hacen inaccesibles para los grupos de ingresos más bajos.

Actividad Física: El ejercicio no sólo es un componente importante de la pérdida de peso en el corto plazo, como parece esencial para el mantenimiento a largo plazo de un peso saludable. Por otra parte, se asocia con un sentimiento de bienestar, aumenta la autoestima y tiene un efecto beneficioso sobre el control de otros factores de riesgo cardiovasculares como la Dislipidemia, la diabetes y la hipertensión arterial.

Medios de comunicación: La mecanización de nuestros trabajos, las mejores comunicaciones y mejor transporte han hecho que nuestro gasto energético disminuya sensiblemente en todas las edades y niveles sociales de una sociedad, cada vez más urbana y menos rural. A ello han contribuido la televisión, cable, la computadora, Internet, los medios de transporte cada vez más accesibles, la falta de tiempo para hacer ejercicio, el temor a la violencia y a las drogas, la escasez de espacios públicos para la práctica de actividades deportivas, y la falta de apoyo gubernamental a estas.

Factores socioculturales: Existen dos visiones diferentes de la obesidad relacionadas al desarrollo del país; en las sociedades en vías de desarrollo el sobrepeso es visto como un signo de prestigio social y de riqueza, en las sociedades desarrolladas la obesidad, es un estigma asumido que coloca una correlación negativa entre peso y satisfacción. De esta forma, la opinión acerca del sobrepeso varía con el nivel de

desarrollo socioeconómico y tiene, por lo tanto, una gran influencia en la relación nivel socioeconómico-obesidad.

Otros factores: Se ha demostrado también, como posibles causantes de obesidad, ciertos agentes infecciosos, como adenovirus con propiedades adipogénicas por activación de vías enzimáticas. Se conoce además que el desarrollo y mantenimiento de la obesidad están asociados con desórdenes endocrinos, metabólicos y conductuales, caracterizados por un aumento del peso corporal, incremento del pániculo adiposo, hiperfagia, aumento de glucocorticoides, hiperinsulinemia, insulinoresistencia e hiperleptinemia, leptinoresistencia.⁴

Los efectos sistémicos que derivan de los mediadores bioquímicos sintetizados por la grasa visceral y sus efectos mecánicos, resultado de otras complicaciones entre las que destacan: Dislipidemia, Hiperuricemia. Neuropatía. Gastrohepáticas. Lesiones ortopédicas. Trastornos psicosociales. (Es importante resaltar que, la esfera psicológica parece ser de las más afectadas).⁵

El índice de masa corporal (IMC), o índice de Quetelet, se calcula dividiendo el peso (en kilogramos corporal de una persona entre la talla (en metros) elevada al cuadrado. Se expresa con la siguiente fórmula: $IMC = \text{kg de peso} / \text{m}^2 \text{ de talla}$. Según la clasificación del índice de masa corporal (IMC), entre 25 y 29,9 es sobrepeso, mayor o igual a 30 es obesidad, IMC mayor a 40 es la obesidad clínicamente grave o mórbida.⁶

La posesión creciente de aparatos de televisión en los hogares, la amplitud cada vez mayor de sistemas de cable que se utilizan para mercadotecnia y la promoción de la imagen han sido elementos clave. En el pasado, las actividades recreativas para los niños significaban participar en el juego activo, ahora significan realizar actividades bastante sedentarias como ver televisión o distraerse con juegos de video.⁷

Los cuerpos han sido diferentes siempre, no solo físicamente sino socialmente. De tal forma, el sujeto ha recibido y recibe señales ambivalentes. Es decir, por un lado es algo deseado, pero por el otro amenaza la salud. Las personas con sobrepeso u obesidad se refiere a los alimentos no solamente como sabrosos, sino como algo que no puede dejar, como una protección, un proveedor de bienestar emocional. La obesidad constituye uno de los principales estigmas sociales, disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el costo

psicológico individual, también es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica. Los problemas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad, se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes, así como un componente inevitable de su tratamiento.

La autoestima; se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; este sentimiento expresa el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio personal, que tiene de sí mismo una persona; es una experiencia subjetiva, que el individuo expresa verbalmente y mediante ciertos rasgos de comportamiento. En los adolescentes, la autoestima es un factor relevante en su desarrollo, especialmente en algunos aspectos de su personalidad y su adaptación social y emocional. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, de timidez y ansiedad social.⁸

La adolescencia, es un período crítico de la vida, caracterizado por importantes cambios físicos y psicológicos. Durante ese período de crecimiento acelerado, los cambios corporales pueden influenciar la percepción del peso, lo cual es un determinante de los hábitos nutricionales y de las acciones para mantener las situaciones sociales. Los adolescentes obesos, sufren ataques de burla, son rechazados y con frecuencia son considerados como torpes, por parte de sus compañeros. Estas manifestaciones de rechazo social, suelen tener un mayor impacto emocional en las niñas que en los varones.

La autoestima es el valor que el sujeto otorga a la imagen que tiene de sí mismo, es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo: La autoestima positiva, se da cuando el individuo se respeta y estima, sin considerarse mejor o peor que los otros y sin creerse perfecto, es decir: cuando el sujeto reconoce sus capacidades y sus limitaciones esperando mejorar. Por otra parte, la baja autoestima implica insatisfacción y descontento consigo mismo, incluso el individuo puede llegar a sentir desprecio y rechazo de sí mismo. En ocasiones el concepto autoestima puede confundirse con el auto concepto, el cual refiere al pensamiento sobre uno, mientras que la autoestima se refiere al grado de aceptación de sí mismo, al grado de estima que profesa hacia su propio concepto. La autoestima puede verse afectada por varias

razones; una de ellas, es la apariencia personal y la salud, siendo la obesidad uno de estos factores. La obesidad, en la adolescencia, es considerada un problema de salud pública en México, ya que es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, que pueden ocasionar la muerte. La obesidad no nada más es un problema estético, sino una enfermedad de alto riesgo causada por el incremento de la grasa visceral en nuestro organismo.⁹

Los factores socio-culturales como; situación socioeconómica, estilo de vida, lugar de residencia entre otros, también son determinantes de las prácticas alimentarias. En este contexto la constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos en todo lugar, al que los niños concurren, han inducido un cambio importante en el patrón de alimentación infantil.

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, están fuertemente condicionados por el contexto familiar, durante la etapa infantil, en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables, que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos.

Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta, derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. El contexto social, en el que

funciona la familia moderna, ha hecho, que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar, por medio de la insistencia y la manipulación.¹⁰

Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación, se adquieren a través de la experiencia directa, con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.¹¹

La familia es considerada como uno de los mas importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Es un sistema que, a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi integrada o desintegrada), La familia es la institución social básica, en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de enfermedad entre sus miembros.¹²

En la investigación de Pliner (1973) se llevó a cabo una observación a los niños, evaluándoles la cantidad de llanto y qué tan rápido respondían a la reacción de los padres para confortarlos. Bruch (1973) menciona que, cuando este dolor emocional, es calmado al ofrecer alimentos al niño, éste puede asociar la comida con ciertas emociones y por lo tanto, confundirlas con hambre. Algunos padres demuestran amor a sus hijos, dando todo lo que ellos pidieran con relación a los alimentos. Los padres que hacen accesibles los alimentos saludables y los sirven en situaciones positivas, a la

hora de la comida, ayudan a sus hijos a desarrollar hábitos de alimentación saludables y por lo tanto a prevenir la obesidad. Así, el papel de los padres, determina en gran medida el éxito o el fracaso de un determinado programa de intervención, para disminuir el peso en los niños.

Con respecto al sexo; las niñas desde el nacimiento, poseen más grasa que los niños, en la pubertad, la parte adiposa del peso corporal pasa del 18% al 25% en la mujer y del 12% al 18% en los hombres. Actualmente se sabe y acepta que una sola ingesta de alimentos durante el día provoca el aumento considerablemente del metabolismo de la glucosa por la vía de las pentosas, que es energéticamente más rentable. También se ha demostrado que el régimen quíntuple (cinco comidas durante el día) o el repartido en siete comidas, produce el adelgazamiento pronunciado. Los nuevos patrones de consumo alimentario se evidencia en el consumo de comida rápida y las comidas realizadas fuera de casa, el decremento de la actividad física, es otra explicación del incremento de la obesidad en la etapa infantil y adolescencia.¹³

Hay varios factores psicológicos relacionados con la obesidad. En opinión de los psicoanalistas, la obesidad para muchos sólo es una deformidad molesta; una enfermedad infantil, cuyos efectos pueden durar toda la vida; puede deberse a una perturbación temprana, producida por una peculiar relación madre-hijo, familia.

La importancia de este vínculo social no debe entenderse únicamente como objeto de la necesidad, sino del “extra” que ofrece la madre, con su mirada, la palabra y el afecto para introducirlo al mundo del deseo. En esa primera fase simbiótica, el niño fusionado con la madre, siente el alimento como parte de sí mismo. Distingue la figura de la madre, quien no sólo cubre su necesidad de alimento, sino una sensación agradable de bienestar y placidez; demanda a la madre interpretar lo que manifiesta, llorando cuando se siente molesto. Ahí le dona el lenguaje pues no da de comer sin emitir palabra.¹⁴

Durante la etapa de adolescencia, se acentúa el desarrollo del auto concepto, las competencias, las habilidades sociales, el autoestima, valorizan la imagen corporal y es crucial para su vida futura, es por ello que al generar un malestar psicológico y emocional, se podría considerar como un predictor de la aparición de problemas

psicológicos, tanto durante la adolescencia como en la vida adulta. Los adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. Socialmente suelen estar aislados y tienen menos amigos que los no obesos, estableciéndose un círculo vicioso entre depresión y pérdida de la autoestima con problemas de integración social.¹⁵

La sociedad en que vive, la composición y los roles que desempeña cada integrante modifica a la familia. Para poder hablar de estado de salud adecuado, es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que, consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar. La familia como grupo social, debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.¹⁶

Los problemas psicopatológicos que acompañan a la obesidad se consideran factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes. Los niños y adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión.¹⁷

Función familiar: capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Para evaluar la función familiar se utilizará Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) en su versión al español,

Niveles de cohesión:

- _ No relacionada o dispersa, 10 a 30
- _ Semirrelacionada o separada, 31 a 35
- _ Relacionada o conectada, 36 a 40
- _ Aglutinada, 41 a 50

No relacionada o dispersa: extrema separación emocional,

Semirrelacionada o separada: hay separación emocional

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada,

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia,

Niveles de adaptabilidad:

- _ Rígida, 10 a 24
- _ Estructurada, 25 a 28
- _ Flexible, 29 a 32
- _ Caótica, 33 a 50

Rígida: el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa.

Estructurada: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones,

Flexible: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática,

Caótica: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas.¹⁸

La alimentación es un fenómeno complejo que está basado en las siguientes premisas: a) Es una “necesidad biológica” b) Es una “fuente de placer” c) Está basada en “pautas socioculturales”; d) Es un “hecho social” e) Es “producto del entorno social” f) Es una “interacción de influencias” ambientales, cognitivas, fisiológicas y socioculturales.¹⁹

Científicos del desarrollo humano, como Peretz, Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y plena expresión de sí mismo. La persona, en su autoevaluación, puede verse con orgullo o vergüenza, considerar que posee valor o falta de él. Según algunos estudios, las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus impulsos mayor, con más frecuencia se auto refuerzan, refuerzan a otros más a menudo, se auto afirman, son persistentes en la búsqueda de soluciones constructivas,

poco agresivos y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal, constituyen los dos elementos básicos, sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones.²⁰

Los adolescentes merecen una atención especial por diversas razones. Éstos (de 10 a 19 años de edad) conforman un grupo poblacional de especial interés para la salud pública, por ser un blanco indispensable de los programas preventivos, porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud y porque su perfil de salud se distingue del resto de la población por estar con frecuencia en condiciones de riesgo, relacionadas con su proceso de maduración. El adolescente emerge de los cuidados maternos para hacerse responsable de su vida, adoptando conductas y roles que le irán forjando su forma de ser en la vida adulta. En esta etapa de maduración, suceden cambios fisiológicos, psicológicos y físicos que por su naturaleza, lo exponen a un intenso espectro de estímulos muy particulares que influyen sobre su salud de manera determinante.²¹ Se cree, que las preocupaciones que el niño enfrenta, tienen consecuencias psicológicas que podrían causar la depresión. Por otro lado, la relación entre la obesidad y la depresión, podría depender de factores como el sexo, la obesidad, depresión, socioeconómicos y antecedentes familiares de depresión.²² La adolescencia, es una fase crítica del desarrollo, caracterizado por los drásticos cambios físicos y psicológicos. La apariencia y los cambios son preocupaciones importantes de los adolescentes, y por esta razón, la obesidad los predispone a las consecuencias para la salud mental.²³

En general, la insatisfacción corporal entre los adolescentes, se ha implicado en el desarrollo negativo de autoestima y sirven como factores de riesgo para el desarrollo de depresión en adolescentes.²⁴ La imagen corporal puede verse afectada y, en parte, determinada por las creencias culturales y valores respecto de la belleza y el atractivo. La construcción de la personalidad de los jóvenes, está relacionada con los modelos parentales de educación. En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable, que los adolescentes presenten desajustes

emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta, se produce durante la pubertad y la adolescencia.²⁵

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad en México, según la Encuesta Nacional de Nutrición reportaba en 2007 que uno de cada tres adolescentes (12-19 años) tenían sobrepeso y obesidad, ya que se encontró con sobrepeso a 21.2% de los varones y 23.3% de las mujeres; en tanto que la obesidad se encontró respectivamente en 10 y 9.2% de los adolescentes y la prevalencia conjunta del sobrepeso y obesidad fue ligeramente mayor en las mujeres (32.5%) comparada con la de los varones (31.2%), lo más alarmante de esto, son las consecuencias adversas del sobrepeso-obesidad sobre la salud en la etapa adulta, morbilidad y mortalidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes ha tenido un incremento alarmante en todo el mundo. El problema se ha convertido en una pandemia con impacto negativo en la salud y en la economía de los pueblos. La obesidad es una enfermedad crónica con graves riesgos para la salud, no respeta grupos de edad, género o nivel socioeconómico; ha alcanzado también a los menores de edad. Los problemas psicopatológicos que acompañan a la obesidad se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes ocasionando que los adolescentes obesos tengan menos autoestima y mayor tendencia a la depresión.

Es por esto que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes con obesidad?

4.- JUSTIFICACION

El presente estudio surge ante la necesidad de conocer como es la funcionalidad familiar, y el nivel de autoestima de los adolescentes con obesidad en el municipio de saín Alto Zacatecas, pues los adolescentes (de 10 a 19 años de edad) conforman un grupo poblacional de especial interés para la salud pública por ser un blanco indispensable de los programas preventivos porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud y porque su perfil de salud se distingue del resto de la población, por estar con frecuencia en condiciones de riesgo, relacionadas con su proceso de maduración.

Es importante reconocer que la obesidad en los adolescentes no es un problema estético únicamente, sino que se asocia a la presencia de alteraciones físicas, metabólicas y psicosociales que afectan el estado de salud de los adolescentes que la padecen. La obesidad suele ser causa de un rechazo de la persona por su aspecto físico y de la aparición de autocríticas destructivas y pensamientos negativos de culpa e incapacidad, lo que conduce a que la persona tenga una autoestima baja.

Es común que se piense que será transitoria y tan sólo una expresión del crecimiento y desarrollo del individuo. Debido a esto es importante hacer estudios que demuestren algunos factores involucrados en la aparición de la obesidad, así como las consecuencias que esta enfermedad conlleva, no sólo a nivel orgánico, sino también a nivel social y psicológico, ya que el ser humano, de acuerdo a la OMS es considerado una unidad biopsicosocial

5- OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes con obesidad.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes.
2. Identificar las características estructurales de la familia (Nuclear, Nuclear simple, reconstruida, monoparental, extensa) de los adolescentes

6 MATERIAL Y MÉTODOS

6.1.1 TIPO DE DISEÑO

- ❖ Observacional
- Transversal
- Prolectivo
- Descriptivo

6.1.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Familias con integrante adolescente inscritos en el ciclo escolar 2011- 2012 de la Secundaria Técnica no. 10 Benito Juárez García y Colegio de bachilleres del Municipio de Sain Alto.

6.1.3 POBLACION DE ESTUDIO

Familias con integrante adolescente inscritos en el ciclo escolar 2011-2012 de las escuelas Secundaria Técnica No. 10 Benito Juárez García y Colegio de Bachilleres de la localidad de Saín Alto.

6.1.4 LUGAR Y TIEMPO

Municipio de Saín Alto Zacatecas de enero a octubre del 2012.

6.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Familias con hijos adolescentes de 12 a 19 años, de ambos géneros, inscritos en el ciclo escolar 2012-2013 en el Colegio de Bachilleres y de la Secundaria Técnica 10 de Saín Alto y que mediante carta de consentimiento informado los padres o tutores aceptan participar en el estudio.

6.3. DISEÑO DE LA MUESTRA:

6.3.1. TÉCNICA MUESTRAL: Se utilizó muestreo no probabilístico

6.3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El cálculo se hizo mediante la fórmula de estimación de proporción para una población infinita.

$$n = Z^2 pq / d^2$$

En donde:

Z= Nivel de confianza

p= Prevalencia de variable dependiente

q= Es 1 menos el valor de prevalencia

d= Error permitido

De tal manera que Z= 95%

p= 10 % de adolescentes con obesidad, esto es 0.10

q= 1 – 0.10

d= 5%

Por lo tanto que $Z= 1.96$

$$p= 0.10$$

$$q= 0.90$$

$$d= 0.05$$

$$n= (1.96)^2 (0.10) (0.90) / (0.05)^2$$

$$n= (3.8416) (0.10) (0.90) / (0.0025)$$

$$n= 0.345744 / 0.0025$$

$$n= 138.2976$$

Se obtuvo un tamaño de muestra de 138 familias con integrante adolescente inscritos en el ciclo escolar 2012-2013 de dichas instituciones escolares.

7 VARIABLES DE ESTUDIO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD”

7.1 Variables universales o sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Nivel socioeconómico
- Escolaridad
- Estado civil.

7.2 Variables intervinientes:

Estructura familiar

8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Adolescencia	La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones (Definición según la OMS)	Clasificación de la adolescencia en base a grupos de edad. Temprana 10 15 años Tardía 16-19 años	Nominal Dicotómica Cualitativa	Temprana Tardía

<i>Obesidad</i>	<p>Aumento anormal en la proporción de las células grasas en el tejido subcutáneo del organismo.</p> <p>Diccionario de Medicina Océano Mosby. Editorial Océano</p>	Diagnóstico de obesidad exógena en la población escolar	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Si No
IMC percentilado	Centésima parte del Índice de masa corporal	IMC percentilado empleando las tablas del estado nutricional de la CDC	Cuantitativa Ordinal Politómica	TABLAS Percentiladas en edad de 12 a 19 años Bajo peso Normal Obesidad-sobrepeso
Funcionalidad familiar	<p>Familia funcional: Cuando la familia es capaz de cumplir con las tareas de cuidado, afecto, alimentación, etc, que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentren.</p> <p>Familia disfuncional: Cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés, y favorece un grado todavía mayor del mismo, y por consiguiente, no puede ejercer sus funciones de acuerdo</p>	Según resultados obtenidos en el FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento que consta de 20 preguntas.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Funcional Disfuncional

	al ciclo vital en el que se encuentre			
Autoestima	Se define en términos de la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona.	Identificación de la autoestima del adolescente mediante la aplicación del cuestionario de Coopersmith, el cual consta de 58 preguntas en una escala de tipo ordinal	Cualitativa ordinal	autoestima muy baja (39 o menos) Baja (40-47) media (48-54) alta (55-59) Muy alta (60 o más)
Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento. * Diccionario Santillana de la Lengua Española	Años cumplidos de el adolescente entrevistado al momento de levantar encuesta	Cuantitativa Discontinua	Edad en años
Sexo	*Conjunto de los individuos de una especie que tienen una de esas dos constituciones orgánicas	Lo aceptado de acuerdo a sus características fenotípicas Hombres y mujeres	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino masculino
Ocupación	*Actividad en que alguien debe emplear su tiempo	Actividad laboral que pudiera desempeñar el adolescente fuera de sus actividades escolares	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Si 2 No
Nivel socio-económico	Es un atributo del hogar compatible y extensible a todos sus miembros	Resultados obtenidos de la aplicación del método de Graffar	Cualitativa Ordinal Politómica	Alto de 4-6 Medio alto 7-9 Medio bajo 10-

				12xObrero 13-16 Marginal 17- 20
Escolaridad	*Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Años estudiados por el adolescente	Cuantitativa Discontinua	Escolaridad en años
Estado civil	*Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Relación legal establecida y referida al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal Politómica	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado
Peso corporal	Fuerza de atracción que ejerce la tierra o cualquier otro cuerpo celeste sobre un cuerpo	Peso de cada paciente, expresado en kilos y gramos	Cuantitativa continua	Peso en kilogramos y gramos
Talla	*Estatura de una persona	Talla del adolescente en centímetros.	Cuantitativa discreta	Talla expresada en centímetros
Estructura familiar	El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a está.	Clasificación de las familias con base en el parentesco obtenido del Consenso Académico en Medicina Familiar llevado a cabo en el año 2005	Cualitativa Nominal Politómica	Nuclear Nuclear simple. Nuclear numerosa. Reconstruida (Binuclear).

				Monoparent al Monoparent al extendida. Monoparent al extendida compuesta. Extensa. Extensa compuesta. No parental.
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9.- PROCEDIMIENTO

Una vez que fue autorizado el anteproyecto fue enviado al Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud (CLIEIS 33 01) del Hospital General de Zona No. 1 de Zacatecas, Zacatecas, para su registro y dictámen correspondiente. Mediante oficio signado por el director del IMSS de Zacatecas habiendo sido dictaminado Se solicitó la autorización por parte del personal directivo y docente de la escuela Secundaria Técnica No 10 y Colegio de Bachilleres de Saín Alto a fin de que me permitieran realizar el presente protocolo de estudio previa información sobre el planteamiento del problema detectado, la justificación y beneficios obtenidos. Habiendo sido autorizado con número de registro **R-2012-3301-18** (anexo 3).

Al personal directivo y administrativo de la UMF 49 se le informó sobre los objetivos generales y específicos y los aspectos éticos del presente estudio, se le

solicitó la autorización para la ejecución del mismo. Se realizó una prueba piloto en la aplicación de cuestionario con el fin de validar y o modificar el tipo y la forma de las preguntas realizadas se obtuvo un tamaño de muestra de 138 familias con adolescentes de 12 a 19 años obtenidos mediante la aplicación de la fórmula de estimación de proporciones para una población infinita para una prevalencia de familias con adolescentes obesos en población blanco obesa de 10%. Los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron: Familias con hijos adolescentes de 12 a 19 años, de ambos géneros, inscritos en el ciclo escolar 2012-2013 en el Colegio de Bachilleres y de la Secundaria Técnica 10 de Saín Alto y que mediante carta de consentimiento informado los padres o tutores aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron adolescentes menores de 12 años debido a que el instrumento para evaluar funcionalidad familiar debe ser contestado por personas mayores de 12 años de edad.

Se aplicó el instrumento de recolección el cual consta de 10 preguntas abiertas y 88 preguntas cerradas que nos permitieron identificar los siguientes parámetros: características sociodemográficas, entre otras para edad, sexo, grupo de edad, tipo de adolescencia, ocupación laboral extra aulas en una escala dicotómica, escolaridad, nivel socioeconómico. Para evaluar esta última variable se consideró como idóneo emplear el método de Graffar el cual consto de cuatro preguntas que incluyeron la profesión del jefe de familia, escolaridad del conyugue, fuente de ingresos de la familia y características de la vivienda, permitiéndonos evaluar esta característica en una escala de tipo ordinal que va de marginal, obrero, medio bajo, medio alto, alto. Para evaluar la funcionalidad familiar se aplicó, el Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales III (FACES III) en su versión al español, el cual ha sido empleado en múltiples estudios en población latinoamericana, incluyendo México, con un alfa de Cronbach de 0.87. Este instrumento el cual consto de 20 preguntas que nos permiten identificar los niveles de cohesión (preguntas nones) y adaptabilidad (preguntas pares) familiar, de tal manera que se pudieron identificar, en cuanto a los niveles de cohesión, 4 tipos de familia: No relacionada o dispersa (extrema separación emocional), Semirrelacionada (o separada: hay separación emocional) Relacionada (o

conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada) y la Aglutinada (cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia). En base a los niveles de adaptabilidad también se identificaron a 4 tipos de familia: Rígida (el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa), Estructurada (en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones), Flexible (el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática) y Caótica (liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas). Para identificar la autoestima se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith, el cual fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en el año de 1959 y que posteriormente ha sido utilizado y estudiado por diversos autores, incluyendo por Prewit - Díaz en el país sudamericano de Chile en una muestra de más de 1300 estudiantes de primero y segundo año de enseñanza media habiéndose obtenido escalas de confiabilidad y validez con coeficientes de valores entre 0.81 y 0.83 en sus diferentes escalas. Este instrumento consto de 58 preguntas en una escala de tipo nominal dicotómica en donde la persona entrevistada describió como se sentía usualmente en la frase “igual que yo” o “distinto a mí”, en las columnas respectivas a y b en una hoja de respuestas expofeso, no existiendo respuestas buenas o malas correctas o incorrectas, ya que lo que interesa solamente conocer que es lo que habitualmente siente o piensa la persona entrevistada, este instrumento nos permite evaluar la autoestima general, la autoestima social, autoestima escolar o académica , la autoestima familiar y una escala de mentiras.²⁶

9.1 FLUJOGRAMA:



9.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos y se capturaron los datos obtenidos en un programa estadístico SPSS versión 15. Se realizó estadística descriptiva determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas nominales u ordinales, frecuencias relativas y porcentajes. Para identificar la posible relación entre la autoestima y funcionalidad familiar se utilizó el programa Epidat 3.1 para obtener la Razón de prevalencias, con sus intervalos de confianza de 95% , para la significancia estadística se utilizó la prueba de X^2 , estableciendo el valor $p \leq 0.05$.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

10 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos considerados en la Ley General de Salud, en materia de investigación de los Estados Unidos Mexicanos ni los contemplados en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones, en el año 2003.

En este sentido, el anteproyecto fue enviado al Comité Local de Investigación del IMSS del H.G.Z. No. 1 de Zacatecas. Zacatecas, para su aprobación y registro. **R-2012-3301-18.**

Este estudio se considera sin riesgo

- Se solicitó consentimiento informado a todos los padres de familia o tutores de los adolescentes participantes
- Se guardara confidencialidad en los datos obtenidos
- Los datos reportados fueron verídicos
- Se valoraron los elementos con mayor deterioro y plantearan estrategias de manejo.

Se implementará una estrategia de intervención médica a los adolescentes con obesidad para disminuir su peso corporal, y por lo tanto mejorar así la autoestima de los adolescentes , además se realizaran intervenciones para mejorar la funcionalidad familiar para un mejor estilo de vida.

11. RESULTADOS

Se entrevistaron a 138 estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica no 10 Benito Juárez García y COBASA, se obtuvo una tasa de respuesta del 100%. El 52.2% fueron del sexo femenino y 47.8% del sexo masculino (cuadro y figura 1).

Cuadro 1. Distribución por Sexo. De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas.

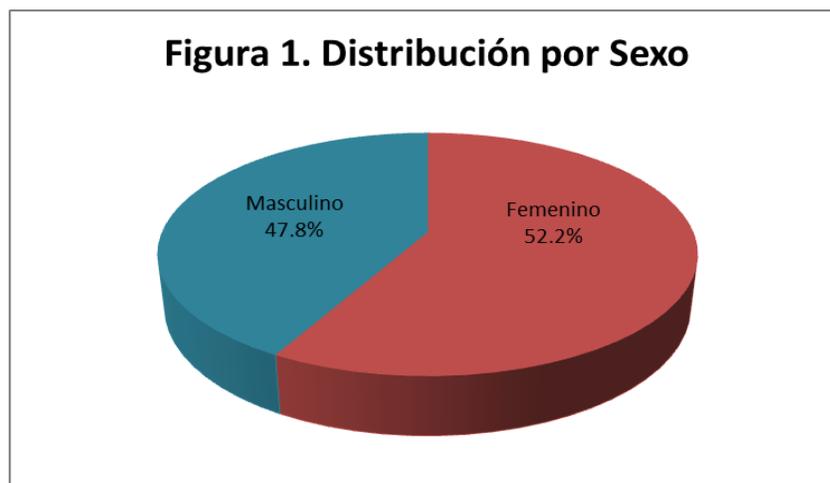
Distribución por Sexo	F	%
Femenino	72	52.2%
Masculino	66	47.8%
Total	138	100.0

Fuente: Encuesta directa

n:138

f = Frecuencia

%= Porcentaje



Fuente: Entrevista directa

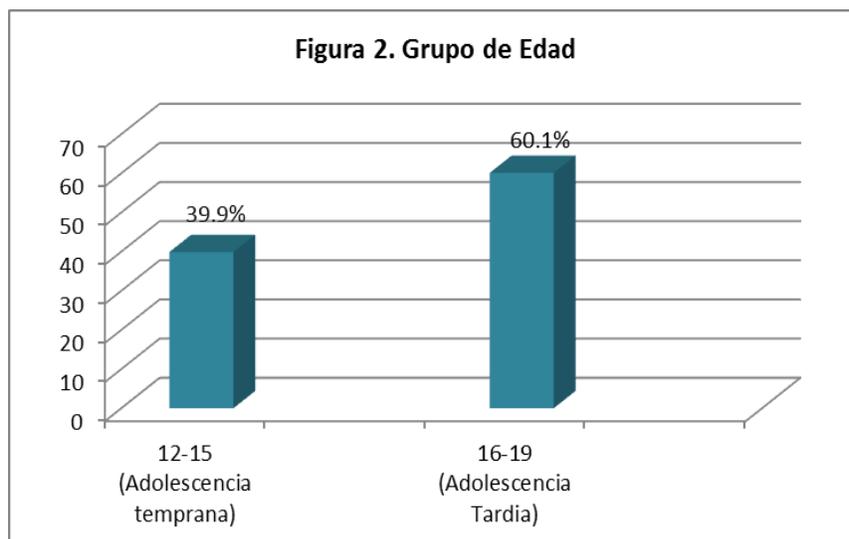
El 52.2% fueron del sexo femenino (cuadro y figura 1).

El promedio de edad fue de 15.83 años \pm 1.809, con rango de 12- 19 años de edad (7 años), predominando el grupo de edad de 16 a 19 años con 83 adolescentes (60.1%), el grupo de 10-15 años con 55 adolescentes (39.9%); (cuadro y figura 2).

Cuadro 2. Distribución por Grupo de Edad. De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas.

Grupo de edad	F	%
Adolescencia Temprana 12-15	55	39.9
Adolescencia Tardia 16-19	83	60.1
Total	138	100

Fuente: Encuesta directa
n: 138
f = Frecuencia
%= Porcentaje



Fuente: Entrevista directa

El 60.1% fueron de 16 a 19 años por grupos de edad (cuadro y figura 2).

En cuanto al nivel socioeconómico predominó el estrato social obrero con un (41.3%), precedido con el estrato social medio alto correspondiendo a (29.7%); (cuadro y figura 4)

Cuadro 3.*Distribución por Nivel Socioeconómico De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas

Nivel Socioeconómico	f	%
Alto	3	2.2%
Medio Alto	23	16.7%
Medio Bajo	41	29.7%
Obrero	57	41.3%
Marginal	14	10.1%
Total	138	100.0

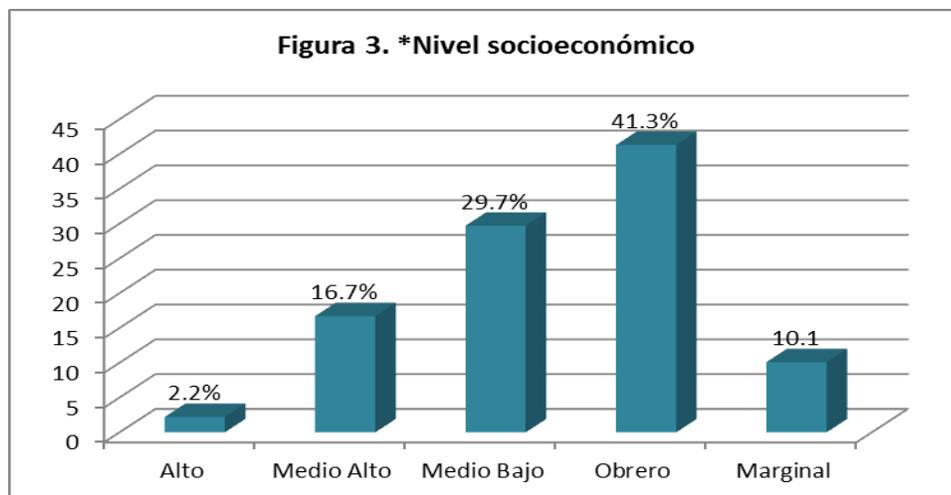
Fuente encuesta directa

n 138

f Frecuencia

% Porcentaje

*Método de Graffar



Fuente: Entrevista directa

*Método de Graffar

El promedio de peso fue de 73.46 kilogramos con rango de 48-115 kilogramos, El promedio de talla fue de 1.62 metros con rango de 1.42 -1.90. El promedio de IMC fue de 27.26 con rango de 20.05 -41.55. (21.5) En cuanto a la distribución de obesidad por el IMC percentilado corresponde a 36 adolescentes (35.5%) con obesidad (cuadro y figura 5)

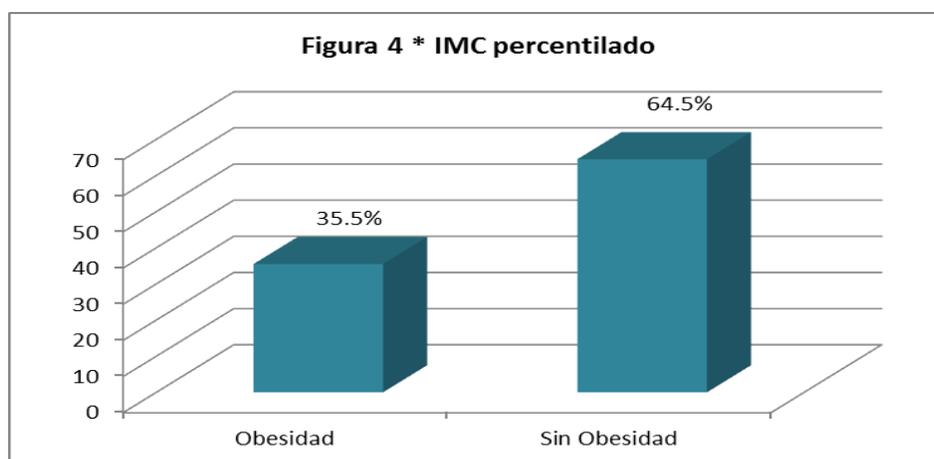
Cuadro 4. *IMC percentilado. De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas

Distribución por IMC percentilado	F	%
Obesidad Si	36	35.5
Obesidad No	102	64.5
Total	138	100.0

Fuente: Encuesta directa
f = Frecuencia

n:138
%= Porcentaje

*Center for Disease Control (CDC)



Fuente: Entrevista directa

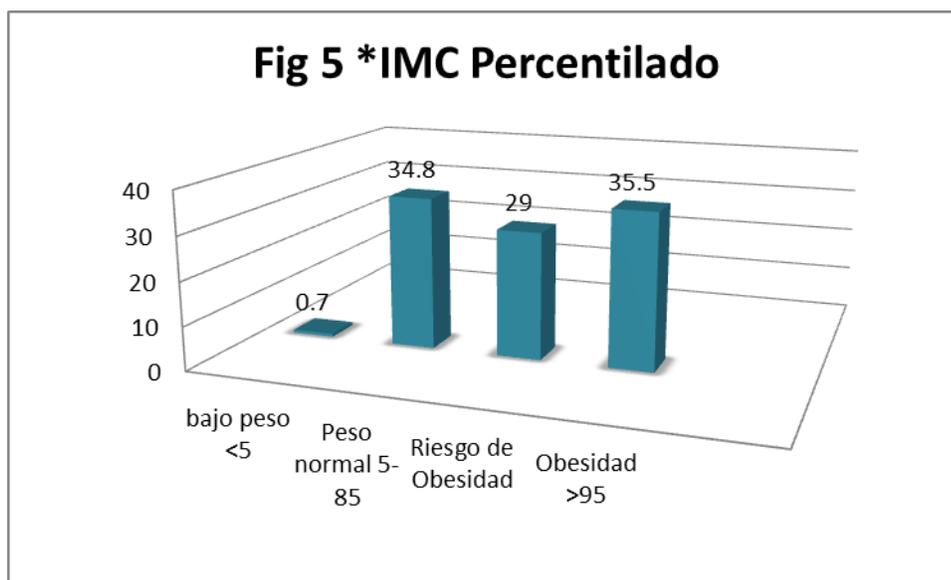
*Center for Disease Control (CDC)

Cuadro 5 . *IMC percentilado. De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas

***Índice de Masa Corporal percentilado**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos bajo peso <5	1	.7
Peso normal 5-85	48	34.8
Sobrepeso	40	29.0
Obesidad >95	49	35.5
Total	138	100.0

Fuente: Encuesta directa
 n:138
 f = Frecuencia
 %= Porcentaje
 *Center for Disease Control (CDC)



Fuente: Entrevista directa

*Center for Disease Control (CDC)

Se describe la Estructura familiar: En donde se encontró que un 55.1 % pertenece a una familia nuclear Simple y enseguida pertenecen a una familia nuclear numerosa con un 26.1% (cuadro y figura 7).

Cuadro 6.- Estructura familiar , (cuadro y figura 12) De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas

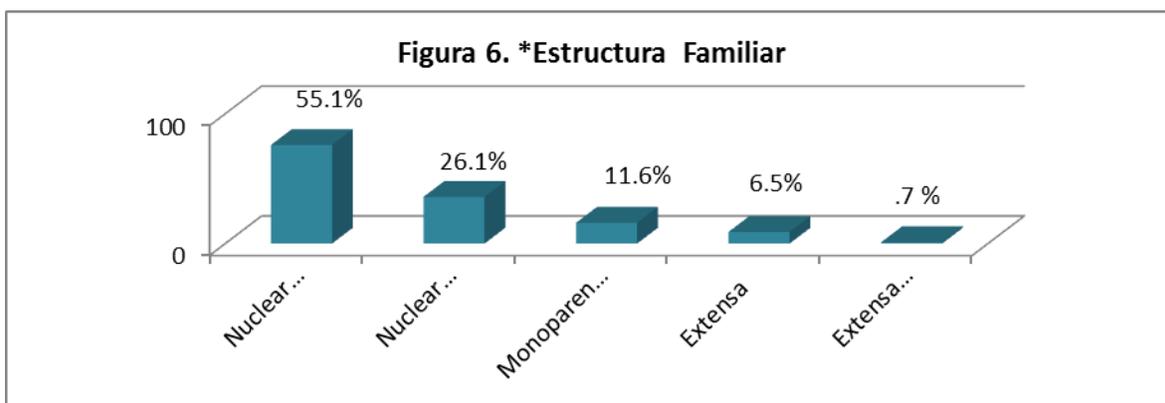
Estructura Familiar	f	%
Nuclear simple	76	55.1%
Nuclear Extendida	36	26.1%
Monoparental	16	11.6%
Extensa	9	6.5%
Extensa Compuesta	1	.7%
Total	138	100%

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

%= Porcentaje

* Consenso Académico en medicina familiar.



Fuente: Entrevista directa

*Consenso Académico en medicina familiar.

Se describe la Funcionalidad Familiar, se obtuvieron con un (67.4%) tienen una familia funcional y (32.4%) tienen una familia disfuncional. (Cuadro y figura 8)

Cuadro 7.- *Funcionalidad familiar, (cuadro y figura 8) De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas

Funcionalidad Familiar	F	%
Funcional	93	67.4%
Disfuncional	45	32.4%
Total	138	100%

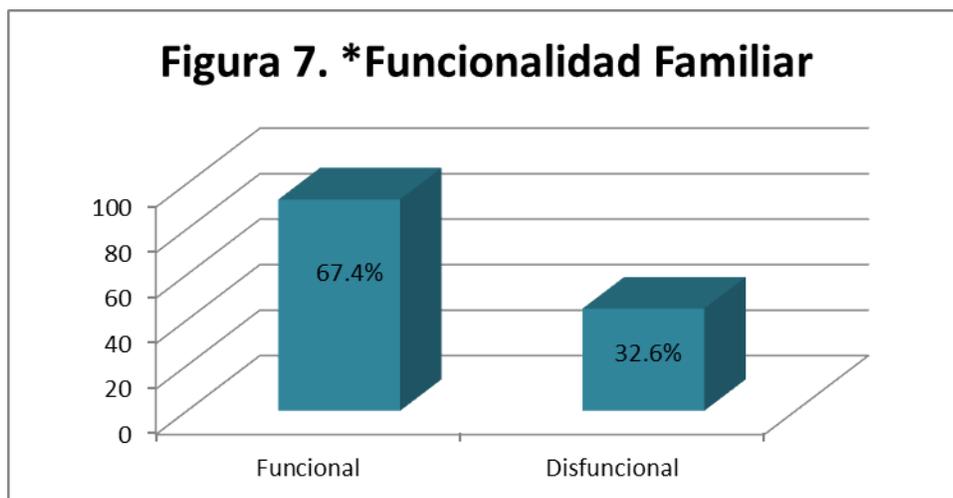
Fuente: Encuesta directa

n:138

f = Frecuencia

%= Porcentaje

*FACES III



Fuente: Entrevista directa

*FACES III

En el nivel de autoestima de los adolescentes se encontró que (44.9 %) de ellos tienen una autoestima media y (38.4%) con autoestima baja. (Cuadro y figura 9)

Cuadro 8.- *Nivel de autoestima, (cuadro y figura 9) De los adolescentes entrevistados para identificar la Funcionalidad familiar y autoestima de adolescentes con obesidad en Sain Alto Zacatecas

Nivel de Autoestima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy baja 39 o -	5	3.6	3.6	3.6
	Baja 40-47	48	34.8	34.8	38.4
	Media 48-54	62	44.9	44.9	83.3
	Alta 55-59	22	15.9	15.9	99.3
	Muy alta 60 o mas	1	.7	.7	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

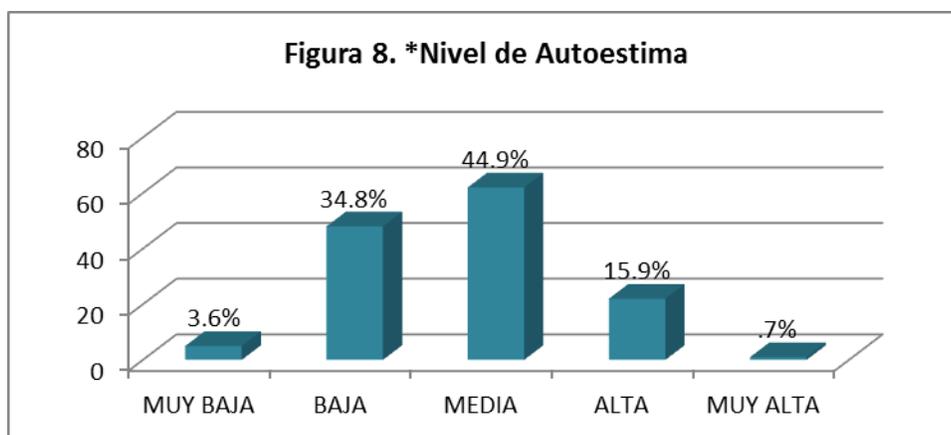
Fuente: Encuesta directa

n:138

f = Frecuencia

%= Porcentaje

*Cuestionario Coopersmith



Fuente: Entrevista directa

*Cuestionario Coopersmith

12. DISCUSIÓN:

En la última década, la obesidad se ha constituido como una epidemia silenciosa que abarca diferentes ámbitos sociales y de salud pública, principalmente en las poblaciones escolares, adolescentes y adultos jóvenes. En México, a partir de las encuestas de nutrición realizadas en tres ocasiones, se evidenció la tendencia al incremento en este padecimiento. De ahí la importancia para la realización de este estudio en el municipio de Saín Alto Zacatecas en la Escuela Secundaria Técnica no. 10 Benito Juárez García y en el Colegio de Bachilleres de Saín Alto, siendo importante resaltar que los adolescentes (de 10 a 19 años de edad) conforman un grupo poblacional de especial interés para la salud pública por ser un blanco indispensable de los programas preventivos porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud y porque su perfil de salud se distingue del resto de la población, por estar con frecuencia en condiciones de riesgo, relacionadas con su proceso de maduración.

En el estudio realizado por Kolody y Hill (2011) que señalan como los incrementos en IMC provocan cambios desfavorables en la autoestima. Nuestros resultados constatan que los adolescentes con IMC percentilado > 95. tienen 13 veces mayor posibilidad de presentar baja autoestima.

En un estudio realizado por Zapata Gallardo J, Figueroa Gutiérrez M, Méndez Delgado N, Miranda Lozano V, Linares Segovia B, Carrada-Bravo T(2007) La Funcionalidad Familiar es considerada como uno de los más importantes factores que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. En nuestro estudio se encontró que los individuos de familias disfuncionales tienen 4.48 posibilidades de tener baja autoestima lo que representa que la disfunción familiar afecta 4 veces más a la autoestima, que aquellos adolescentes que presentan una familia funcional. En cuanto a la relación existente entre el sexo se obtuvo que hay 1.04 de posibilidades de presentar obesidad en el sexo masculino. Por lo que no hay diferencias significativas en cuanto al género.

En cuanto al nivel socioeconómico obrero mientras existen 5 adolescentes con autoestima normal, hay 2 con una autoestima baja.

13 CONCLUSIONES

En cuanto a la funcionalidad familiar se concluye que a mayor presencia de disfuncionalidad familiar existe mayor afectación en la autoestima del adolescentes, se encontró una pobre autoestima en 38.4% de los jóvenes encuestados, predominó la disfunción familiar entre los adolescentes con baja autoestima, además encontramos que a mayor índice de masa corporal hay menor autoestima en el adolescente. En cuanto al género no existen diferencias significativas, en relación al nivel socioeconómico predominaron los jóvenes de estrato socioeconómico medio bajo con baja autoestima.

14 LIMITACIONES

El Presente estudio fue realizado en el municipio de Sain Alto Zacatecas, uno de los 58 municipios que conforman el estado de Zacatecas, en un futuro se podría realizar otro estudio en forma multicéntrica que tenga mayor validez tanto interna como externa.

15 CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existe ningún conflicto de intereses toda vez que no se contó con el financiamiento de ninguna empresa

16 LIMITANTES Y PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO

No se cuenta con ninguna limitante. Los recursos económicos fueron aportados por el investigador y por la institución.

Publicación y difusión del estudio

17. EXPECTATIVAS CLINICO ASISTENCIALES Y METODOLOGICAS

Los resultados obtenidos de este estudio, son de gran interés, toda vez que nos permite identificar y corroborar como influye sobre los adolescentes con obesidad la funcionalidad familiar y autoestima. Darle importancia a la orientación en la alimentación de los adolescentes y dar terapia a los mismos para elevar la autoestima tratar de mejorar la funcionalidad familiar integrando a los padres para que sea una atención integral.

18 AGRADECIMIENTOS

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi esposo por su cariño, comprensión y constante estímulo, por todo su apoyo brindado para la realización de esta tesis.

A mis hijos Karol Giovanni y Danna Paola por su paciencia y por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría.

A mi Hermana por todo su apoyo y estímulo.

A la Enfermera Mariana Velázquez Vacio, Leticia Velázquez Vacio, Patricia Castro Magallanes por su calidez y compañerismo para realizar Somatometría a los alumnos encuestados.

A la UMF 49 del IMSS, mi centro de trabajo por permitirme realizar mis estudios de posgrado .

Al Dr. Carlos Alberto Orozco Miranda por su apoyo durante la realización de esta Tesis.

19 BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Organización Panamericana de la salud .Salud del adolescente OPS/OMS 2011
- ²Ortiz Pérez H, Molina Frechero N, Castañeda Castaneira E. Indicadores antropométricos de sobrepeso obesidad en adolescentes. Rev. Mex. Ped. 2010; 77 (16): 241-247
- ³Perea Martínez A, Bárcena Sobrino E, Rodríguez Herrera R, Greenawalt Rodríguez S, Carbajal Rodríguez L, Zarco Román J. Obesidad y comorbilidades en niños y adolescentes asistidos en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Ped. Mex. 2009; 30(3):167-74.
- ⁴Lujan Sánchez AM, Lillyan Piat G, Ariel Ott R, Abreo G I. Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina 2010; (197): 19 -24.
- ⁵ Pérez EC, Sandoval M J, Schneider SE, La Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes Revista de Posgrado del 16 a VI Cátedra de Medicina 2008; (179): 54-59.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud Obesidad y sobrepeso 2011.
- ⁷ Ortiz Hernández L, Delgado Sánchez G, Hernández Briones A. Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. Gac. Med. Mex. 2006; 14(2): 181-193.
- ⁸ Aguilar Coronado M, Manrique Rajo L, Tuesta Muñoz Mayra, Musayón Oblitas Y. Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. Rev. Enferm. Herediana. 2010;3(1):49-54.
- ⁹Domínguez Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil Archivos Latinoamericanos de Nutrición Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición 2008; 58 (3):59-63.
- ¹⁰Mendoza Solís L, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez H, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2008; 8 (1): 27-32.
- ¹¹Villaseñor Bayardo S, Ontiveros Esqueda C. Cárdenas Cibrian K. Salud Mental y obesidad. Investigación en Salud 2006; 8(2):86-90.

¹²Zapata Gallardo J, Figueroa Gutiérrez M, Méndez Delgado N, Miranda Lozano V, Linares Segovia B, Carrada-Bravo T, Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2007 6 (4): 295-302.

¹³Ortega F. Funcionamiento Familiar y Sobrepeso Infantil: La Perspectiva de Niños Mexicanos. 2009; 10 (1): 49-55.

¹⁴ Cook S, Weitzman M, Auiger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, Arch Pediatr. Adolesc. Med. 2008 ;157 (8) 21-27.

¹⁵ Aguilar-Ye A, Puig-Sosa P, Luna Madrigal LA, Sánchez Zárate P, Rodríguez R, Rodríguez L. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia Rev. Mex. Ped. 2009; 69 (5) 190-192.

¹⁶María Herrera Santí P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2007;13(6):591-595.

¹⁷Aguilar Navarro H, Pérez Cortes P, Díaz de León González E, Cobos-Aguilar H. Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años Pediatría de México.2011; 13 (1) 17-24.

¹⁸Leyva Jiménez R. Hernández-Juárez A.M. Nava-Jiménez G. López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (3): 225-232.

¹⁹Domínguez Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición.2009; 58 (3): 176-179.

²⁰Ellen S. Rome, MD, MPH Eating disorders a,b,c, Section of Adolescent Medicine, Cleveland Clinic Foundation, 2008; 44(1): 5-9.

²¹Fernández Cantón S. El IMSS en Cifras: La salud de los adolescentes. Rev Med Inst. Mex. Seguro Soc. 2008; 46 (1): 91-100.

²²Dragan A, Akhtar Danesh N. Relation between body mass index and depression: a structural equation modeling approach. BMC Med. Res. Methodol. 2007;7 8-17.

²³ Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cakmakci A, Cetinkaya Sen N. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. BMC Public Health. 2010;7: 70-80.

²⁴Mirza NM, Davis D, Yanovski J. Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. J. Adolesc. Health 2010;36(3): 6-12.

²⁵Álvarez Zúñiga M , Ramírez Jacobo B, Silva Rodríguez A, Cabrera N , Jiménez Rentería L. La relación entre depresión y conflictos familiares en International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2009; 9(2): 205-216.

²⁶Brinkmann Sch H, Segure M. T, Solar R. M, Adaptación, Estandarización y Elaboración de Normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Rev Chilena de Psicología 1989; 10(1) 63-71.

20 ANEXOS

20.1 ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de Consentimiento Informado:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD”** registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud, del Hospital General de Zona # 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo del estudio es identificar la funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes de 10 a 19 años con obesidad, en el municipio de Saín Alto Zacatecas en la Secundaria Técnica No. 10 “Benito Juárez García” y en el Colegio de Bachilleres de Saín Alto. Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta al instrumento de recolección de la información y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realizan.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha

comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Para cualquier duda e información, favor de comunicarse al teléfono 01- 498 9340363 de las 08:00 a las 16:00 hrs. de Lunes a Viernes a excepción de días festivos con la Dra. Rocío del Carmen de Lira Sosa. De igual manera, para cualquier duda o aclaración me permito proporcionarle el teléfono de la Dra. Alicia Villa Cisneros, Secretario del Comité Local de Investigación Clis 33-01, sede HGZ 1 de lunes a viernes de las 8:00 a 16:0 hrs. al número telefónico 492 92 26373

Nombre y firma del paciente

Dra. Rocío del Carmen de Lira Sosa

Matricula IMSS 99342664

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

20.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El presente cuestionario consta de preguntas indicadas con números arábigos. Dicho instrumento será aplicado por el encuestador.

FECHA: _____ Folio _____
Día Mes Año

Datos de identificación
1.- Por favor anote sus iniciales _____
2.- Registre su Numero de Seguridad Social _____
Datos socio demográficos

3.- Anote su edad cumplida en años _____

Grupo de edad del adolescente (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR)

1 10-15 años 3 16-19 años _____

4.- Sexo

1 = Femenino 2 = Masculino _____

5.- Estado Civil _____

1 Soltero 2 Casado 3 Unión Libre 4 Divorciado 5 Viudo

6.- Cuantos años ha estudiado usted _____

7.- Ocupación _____

1 Hogar 2 Empleado 3 Obrero 4 Estudiante 5 Desempleado

Datos Antropométricos

8.- _____ Peso con _____ gramos

9.- _____ Talla

10.- IMC (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR)

Método de Graffar: Evaluación del nivel socioeconómico

11.- A PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- Obrero no especializado, servicio domestico, etc. ()

12.- B NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA

- 1.- Universitaria o su equivalente
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4.- Educación primaria completa
- 5.- Primaria incompleta, analfabeta. ()

13.- C PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO

- 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (Médicos, abogados, etc.) Deportistas profesionales.
- 3.- Sueldo quincenal o mensual
- 4.- Salario diario o semanal
- 5.- Ingresos de origen público o privado (subsidios) ()

14.- D CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- Vivienda con aspecto reducido pero confortable y bueno condiciones sanitarias
- 4.- vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias. ()

Nivel socioeconómico (Calificado con el método de Graffar) (PARA SER CALIFICADO POR EL INVESTIGADOR)

- 1 Estrato alto (4 a 6 puntos)
- 2 Medio Alto (7 a 9 p.)
- 3 Medio bajo (10 a 12 p.)
- 4 Obrero (13 a 16 p.)
- 5 Marginal (17 a 20 p.)

II.- CARACTERISTICAS FAMILIARES (ESTRUCTURA FAMILIAR).

- 15.- ¿Cuántas personas habitan en su casa? _____
- 16.- ¿Qué parentesco tienen con usted? _____
- 17.- ¿Alguien más vive en su casa que no tenga algún parentesco con usted?

- 1.- Si
- 2.- No

18.- ¿Quiénes son esas personas?

19.- Tipología familiar (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR). ()

FACES III

ENCUESTA PARA FAMILIAS TOTALES					
Familia Percibida (Describe su familia como la ve <i>ahora</i>).					
	1.Nunca	2.Casi nunca	3.Algunas veces	4.Casi siempre	5.Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5. Nos gusta convivir sólo con los familiares más cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo con los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos.					

12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones.					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14. En nuestra familia las reglas cambian.					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos unos a otros para tomar decisiones.					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es importante.					
20.. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					
Total					

CLASIFICACIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR).

1. No relacionada (de 10-34 puntos).
2. Semirrelacionada (de 35-40 puntos).
3. Relacionada (de 41-45 puntos).
4. Aglutinada (de 46-50 puntos).

Clasificación de adaptabilidad familiar (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR).

1. Rígida (de 10-19) puntos.
2. Estructurada (de 20-24 puntos).
3. Flexible (de 25-28 puntos).
4. Caótica (de 29-50 puntos).

CUESTIONARIO DE COOPERSMITH

PREGUNTA	IGUAL QUE YO	DISTINTO A MI
1. 42 Paso mucho tiempo soñando despierto		
2. 43 Estoy seguro de mí mismo		
3. Deseo frecuentemente ser otra persona		
4. Soy simpático		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos		
6. Nunca me preocupo por nada		
7. Me abochorno (me da pena) pararme frente al curso para hablar		
8. Desearía ser más joven		
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.		
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.		
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.		
12. Me incomodo en casa fácilmente.		
13. Siempre hago lo correcto		

14.Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.		
15.Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer		
16.Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas		
17.Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago		
18.Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad		
19.Usualmente mis padres consideran mis sentimientos		
20.Nunca estoy triste		
21.Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo		
22.Me doy por vencido fácilmente		
23.Usualmente puedo cuidarme a mí mismo		
24.Me siento suficientemente feliz		
25.Preferiría jugar con niños menores que yo		
26. Mis padres esperaban demasiado de mi		
27. Me gustan todas las personas que conozco		
28.Me gusta que el profesor me interrogue en clase		
29. Me entiendo a mí mismo		
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy		
31.Las cosas en mi vida son muy complicadas		

32.Los demás adolescentes casi siempre siguen mis ideas		
33.Nadie me presta mucha atención en casa		
34.Nunca me regañan		
35.No estoy progresando en la escuela como me gustaría		
36.Puedo tomar decisiones y cumplirlas		
37.Realmente no me gusta ser un muchacho (muchacha)		
38.Tengo una mala opinión de mí mismo		
39.No me gusta estar con otra gente		
40.Muchas veces me gustaría irme de casa		
41.Nunca soy tímido		
42.Frecuentemente me incomoda la escuela		
43.Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo		
44.No soy tan bien parecido como otra gente		
45.Si tengo algo que decir usualmente lo digo		
46.Mis padres me entienden		
47.Siempre digo la verdad		
48.Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa		
49.A mí no me importa lo que me pasa		
50.Soy un fracaso		
51.Me incomodo fácilmente cuando me regañan		
52.Las otras personas son más agradables que yo		

53.Usualmente siento que mis padres esperan más de mi		
54.Siempre sé que decir a otras personas		
55.Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela		
56.Generalmente las cosas no me importan		
57.No soy una persona confiable para que otros dependan de mi		
58.Nivel de autoestima (PARA SER EVALUADO POR EL INVESTIGADOR		

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREVISTO: _____

TELEFONO: _____

20.4 DICTAMEN DE AUTORIZACION

Carta Dictamen



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Laboratorio de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3301
II GRAL ZORRA - MF. NUNU, ZACATECAS

FECHA 15/03/2012

DRA. ROCÍO DEL CARMEN DE LIRA SOSA

PRESENTE

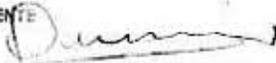
Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3301-18

ATENTAMENTE


DR. (A) CARLOS QUEVEDO SANCHEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3301

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

15/03/2012