



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75
MORELIA MICHOACAN

**“DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR OBESOGENO EN FAMILIAS
CON NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS CON SOBREPESO – OBESIDAD EN LA
COMUNIDAD RURAL DE CAPULA”**

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

**PRESENTA
DR. SIMBAD SOLORIO VARGAS
UMF No. 75 MORELIA, MICHOACAN
MAT. 11935022
dr_solorio.v@hotmail.com Tel. 4432730281**

**REGISTRO DE AUTORIZACIÓN:
R-2017-1602-25**

MORELIA, MICHOACÁN

2020

**ASESOR DE TESIS
DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
MAT. 3320405
cleto.alvarez@imss.gob.mx Tel. 4433182074**

**CO-ASESOR DE TESIS
DRA. EDITH BONAPARTE CABALLERO
MEDICO FAMILIAR. UMF No. 75
MAT. 99173875
edithbon@gmail.com Tel. 4432490747**

**ASESOR ESTADISTICO
MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO
cga_0123@hotmail.com Tel. 4431064756**



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.



**“DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR OBESOGENO EN
FAMILIAS CON NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS CON SOBREPESO –
OBESIDAD EN LA COMUNIDAD RURAL DE CAPULA”**

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

**PRESENTA
DR. SIMBAD SOLORIO VARGAS
UMF No. 75 MORELIA, MICHOACAN**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DRA. MARISOL CORNEJO PEREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UMF No. 75, MORELIA MICHOACAN**

**DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACAN**

**DRA. EDITH BONAPARTE CABALLERO
COASESOR DE TESIS
MEDICO FAMILIAR. UMF No. 75**

**MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO
ASESOR ESTADISTICO
MATEMATICO ANALISTA**





**DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACAN**

**DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACAN**

**DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION MICHOACAN**

**DR. CARLOS HECTOR RUIZ ALVAREZ
DIRECTOR DE LA UMF No. 75
MORELIA MICHOACAN**

**DRA. CLAUDIA JANETH MORFIN MACIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF No. 75 / UMMA**

MORELIA, MICHOACÁN 2020





**“DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR OBESOGENO EN
FAMILIAS CON NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS CON SOBREPESO –
OBESIDAD EN LA COMUNIDAD RURAL DE CAPULA”**

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

**PRESENTA
DR. SIMBAD SOLORIO VARGAS
UMF No. 75 MORELIA, MICHOACAN**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

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

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



RESUMEN

Disfunción familiar como factor obesogeno en familias con niños de 5 a 10 años con sobrepeso – obesidad, en la comunidad rural de Capula.

Dr. Solorio-Vargas S. UMF No. 80, Dr. Álvarez-Aguilar C. Delegación Mich. Dra. Bonaparte-Caballero E. UMF No. 75.

Comunicación:

Tel. (443) 2730281.

Correo electrónico: dr_solorio.v@hotmail.com

Introducción: La obesidad infantil es un padecimiento de origen multifactorial que engloba la susceptibilidad genética, estilo de vida y características ambientales, los dos últimos al ser modificados de manera negativa dentro del núcleo familiar derivan en un esquema de disfunción familiar, que se vislumbra como un factor trascendental en la génesis de la misma.

Objetivo: Evaluar la disfunción familiar y determinar su participación como “factor obesogeno” en infantes de 5 a 10 años con sobrepeso – obesidad.

Métodos: Se realizó estudio Observacional, Descriptivo y Transversal en el que se identificó la población susceptible de estudio en la Unidad Médica Rural de Capula, Michoacán: sujetos con sobrepeso y obesidad (n =140), de 5 a 10 años de edad, procedentes de familias de la comunidad, a quienes se aplicaron los instrumentos de evaluación de función familiar FF-SIL y de nivel socioeconómico NSE-AMAI.

Resultados: Se estudiaron n=140 niños de 5 a 10 años de edad con sobrepeso y obesidad (n=69 con sobrepeso y n=71 con obesidad), de los cuales, en la categoría de sobrepeso hubo n=32 (22.8%) con familia funcional y n=37 (26.5%) con familia disfuncional y en la categoría de obesidad, n=35 (25%) en familia funcional y n=36 (25.7%) en familia disfuncional, de lo que se obtuvo un valor de Chi cuadrado de .849 y un p valor > 0.050.

Conclusiones: No se demostró la asociación de la disfunción familiar como factor obesogeno en niños de 5 a 10 años de edad en la comunidad de Capula, lo que nos lleva a concluir que la disfunción familiar y el sobrepeso y la obesidad, son variables independientes.

Palabras clave: Obesidad, Niño, Disfunción Familiar, Nivel Socioeconómico.



TITULO

“DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR OBESOGENO EN FAMILIAS CON NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS CON SOBREPESO – OBESIDAD EN LA COMUNIDAD RURAL DE CAPULA”.

INDICE

	Resumen	1
	Título	2
	Índice	3
I	Marco Teórico	
	I.1 Obesidad	4
	I.2 Familia	8
	I.3 Disfunción Familiar	11
II	Justificación	13
III	Planteamiento del Problema	14
	III.1 Pregunta de Investigación	14
IV	Objetivos	
	IV.1 General	15
	IV.2 Específicos	15
V	Hipótesis	
	V.1 Elementos de la Hipótesis	16
	V.1.1 Variables	16
VI	Material y Métodos	
	VI.1 Tipo de Estudio	17
	VI.2 Diseño de Estudio	17
	VI.3 Universo y Población de Estudio	17
	VI.4 Muestra	18
	VI.5 Criterios de Selección	
	VI.5.1 Criterios de Inclusión	19
	VI.5.2 Criterios de Exclusión	19
	VI.5.3 Criterios de Eliminación	19
	VI.6 Operacionalización de Variables	20
VII	Instrumentos de Investigación.	
	VII.1 FF-SIL	21
	VII.2 NSE-AMAI	22
VIII	Plan de Recolección de Datos	24
IX	Diseño Estadístico	24
X	Aspectos Éticos	25
XI	Resultados	26
XII	Discusión	33
XIII	Conclusiones	35
XIV	Cronograma de Actividades	36
XV	Referencias Bibliográficas	37
XVI	Anexos	
	XVI.1 Anexo I. Consentimiento Informado	39
	XVI.2 Anexo II. Percentiles CDC para IMC en niños 2-20 años	41
	XVI.3 Anexo III. Percentiles CDC para IMC en niñas 2-20 años	42
	XVI.4 Anexo IV. FF-SIL	43
	XVI.5 Anexo V. NSE-AMAI	44

I. “MARCO TEORICO”

I.1 OBESIDAD

La obesidad es una de las enfermedades de carácter crónico que aqueja a una gran parte de la población mundial y donde se proyecta un crecimiento importante en la prevalencia de los casos en los distintos grupos de la sociedad.

En la población infantil, la obesidad constituye la enfermedad nutricional más importante⁽¹⁾.

Siendo absolutamente necesario tener en cuenta una definición de Sobrepeso y Obesidad, me parece acertado considerar la descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la conceptualiza como *“la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”* y cataloga como causa fundamental, el desequilibrio entre ingesta calórica y gasto calórico, siendo para ello, factores importantes, el cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables, así como la tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización⁽²⁾.

La obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida y las características del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. En este fenómeno, tiene un papel predominante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas.

Así mismo, la obesidad ha sido considerada como trastorno psicossomático por diversos autores, quienes han sugerido que la dinámica familiar juega un papel trascendental en la génesis de la misma ⁽³⁾.

Actualmente no existe un criterio diagnóstico único aceptado internacionalmente; sin embargo, desde la década de los noventa se recomienda utilizar al índice de masa corporal (IMC) como el mejor indicador indirecto de adiposidad en niños y adolescentes, y es el método recomendado para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad. A este respecto hay que señalar que el IMC ($\text{peso [kg]} / \text{talla}^2 [\text{m}]$) tiene limitaciones ya que se basa en la medición del peso y no de la grasa corporal. Una vez que realizamos el cálculo del IMC, debemos contrastarlo contra un patrón de referencia para ubicarlo en el percentil que le corresponde. ⁽⁴⁾

En el área pediátrica puede también clasificarse como sobrepeso si se encuentra en el percentil 85 – 95 para la edad y sexo y obesidad sobre el percentil 95, basado en los estándares desarrollados por la OMS/NCHS (5).

La prevención primaria se enfoca en acciones a nivel familiar y escolar, con la participación de los profesionales de la salud y el gobierno. Es indispensable la revisión periódica de niños y adolescentes desde el nacimiento hasta el final de la pubertad, llevando un registro gráfico del IMC.

La familia deberá participar manteniendo una supervisión estrecha y directa de la formación y fomento de buenos hábitos de vida, incluyendo los hábitos de alimentación y actividad física. La escuela debe fomentar las actividades físicas efectivas y la adquisición de conocimientos en el área de nutrición de acuerdo al grado escolar de niños y adolescentes; deben propiciar el consumo de alimentos saludables y desalentar aquellos que conduzcan al consumo excesivo de energía. El equipo de salud tiene la obligación de evaluar periódicamente el crecimiento y el estado de nutrición de los niños, incluyendo la evaluación de los hábitos alimentarios, así como identificar factores de riesgo para el desarrollo de obesidad (Ej. obesidad en los padres). Deberá promover, la introducción adecuada de alimentos complementarios y la formación de hábitos alimentarios saludables. Los gobiernos local y federal tienen la obligación de fomentar la actividad física y asegurar los espacios necesarios para la práctica de deportes y actividades físicas recreativas. (4)

Han sido numerosos los intentos para clasificar la obesidad, así como para relacionarla epidemiológicamente según sus diferentes características. Ninguno de estos métodos parece particularmente útil o significativo en la infancia y, probablemente la única distinción importante que puede hacerse en la obesidad infantil, es diferenciar a aquellos niños que tienen un “patrón patológico” debido a enfermedades genética o endocrinas, de otros cuya obesidad esta etiopatogenicamente ligada a la ingesta de dietas hipercalóricas y/o a la escasa actividad física y quizás también a una predisposición genética para conservar y almacenar energía (6)

Desde el punto de vista clínico y para fines de este proyecto, clasificaremos la obesidad en:

Obesidad Endógena, intrínseca o secundaria, que tiene una etiología orgánica y que constituye en la infancia alrededor del 1 % de los casos de obesidad, siendo sus causas más frecuentes las enfermedades endocrinológicas, neurológicas, síndromes genéticos y las secundarias a la ingesta crónica de fármacos.

Obesidad Exógena o simple, constituye el 99 % de los casos, su detonante es la inversión de la relación entre el gasto energético y la ingesta energética, los hábitos dietéticos y nutricionales, suelen no permitir el equilibrio entre el gasto e ingesta energéticos (4).

El tratamiento está dirigido a reorganizar los hábitos de vida, tanto de alimentación como de actividad física, para disminuir la ingesta, aumentar el gasto calórico y

adquirir las habilidades que favorezcan mantener las mejoras alcanzadas. Es un problema complejo que requiere tratamiento multidisciplinario, con el objetivo de lograr un cambio de comportamiento en el enfermo, la familia y su entorno, lo que hace difícil el éxito (7).

Las complicaciones que pueden presentar los niños con sobrepeso y obesidad son múltiples, variadas y muy complejas, con repercusiones en la salud física mental y social sin contar el impacto económico que tendrán en las próximas décadas y si se le resta importancia a la evaluación del peso y talla y no hay la capacidad de detectar sobrepeso y obesidad, estaremos condenando a estos niños a una enfermedad por el resto de su vida. Tratar la obesidad es llegar tarde, ya que el porcentaje de fracasos y recaídas es muy elevado, más aún cuando el problema inicia en edades tempranas.

Prevenir la obesidad es una tarea ardua y difícil, debido a que implica modificar el estilo de vida y hábitos en la alimentación, evitar actividades sedentarias y hacer ejercicio, modificaciones que hoy por hoy no solo competen al médico, al pediatra, al nutriólogo o a los maestros, sino a la sociedad en su conjunto (8).

Según la OMS (2015), la prevalencia de la obesidad (OB) en la población infantojuvenil va en aumento en todos los países, y los ascensos más rápidos se registran en los países de ingresos bajos y medianos, El número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso (SP) u (OB) se incrementó en todo el mundo, de 31 millones en 1990 a 42 millones en 2013. Si la tendencia actual continua y no se interviene se llegará a los 70 millones en 2025.

“La OB infantojuvenil constituye un importante problema de salud debido no solo a su prevalencia ascendente, sino también a su persistencia en la edad adulta, su asociación con otras enfermedades, además del enorme impacto económico que supone” (9).

Todavía en la década de los 70, la obesidad no figuraba como un problema de salud, puesto que afectaba mayormente a los adultos, era entonces un signo de bienestar familiar, y no se vislumbraba la extensión de la epidemia que se avecinaba y que afectaría a *“todas las edades, desde los niños en sus primeros años de vida a los adultos llegando a ser, después del cigarrillo una de las mayores causas de muertes prevenibles por su asociación a enfermedades crónicas, como la hipertensión, los accidentes vasculares cerebrales, las coronariopatías o la diabetes tipo 2, entre otras”* (10).

Durante el siglo XX se da la transición epidemiológica que cambia la morbilidad y la mortalidad de la población: del predominio de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico degenerativas, como el cáncer, la diabetes y la obesidad, que se presentan también como resultado del incremento en la expectativa de vida. Esta transición se debe principalmente a cambios sociales, económicos y de salud pública ocurridos durante la primera mitad del siglo XX. La transformación de la calidad y el aumento de la cantidad de los alimentos que se consumen, llevó no solo



a mejorar la nutrición y salud del niño, sino que en la población en general se presentó un excesivo balance positivo de energía, acelerado por un estilo de vida sedentario en las últimas décadas^(11, 12).

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños mexicanos ha aumentado de manera alarmante en las últimas dos décadas y representa un reto para la salud pública.

En México la epidemia del sobrepeso y la obesidad es un problema de gran magnitud en todos los grupos de edad y experimenta una gran velocidad.

Según los datos establecidos por la ENSANUT 2012, para la población en edad escolar (5 a 11 años de edad) la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6 % respectivamente).

Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8% respectivamente) y para los niños es casi 5 puntos porcentuales mayor, siendo de 36.9% (19.5 y 17.4%), mientras que en 1999 la prevalencia fue del 26.9%, estimando con estos datos que la prevalencia aumenta a una velocidad de 0.8 puntos porcentuales por año y arrojando una aproximado de 5,664,870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional

⁽¹³⁾.

“La interacción familiar es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica. Existen estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores. Uno de los problemas de salud derivados de este ambiente adverso es la obesidad infantil, en la que se han identificado diversos factores de riesgo como los trastornos de la dinámica familiar, el maltrato, el abuso y la pobreza intrafamiliar”⁽¹¹⁾.

Parafraseando el estudio “Obesidad Infantil” realizado por M. Chueca, C. Azcona y M. Oyárbabal en 2002, existen hábitos de vida cotidianos instaurados en el niño y, por ende en la familia nuclear del mismo, la cual representa para él su primer y más significativo modelo a seguir, plantean también la existencia de diversos componentes que pueden determinar la presencia de sobrepeso u obesidad en el infante; dentro de estos se mencionan la malnutrición en los adultos de la familia, el tipo de estructura familiar (hijo único, adoptado, padres separados, familia monoparental, familia números), el nivel socioeconómico, los hábitos sedentarios y la falta de control por parte de los adultos en la ingesta de alimentos ⁽⁶⁾.

Así pues, aun cuando son pocos y pobres los estudios que asocian la disfunción familiar con obesidad en infancia y adolescencia, existen informes que señalan que un *“ambiente intrafamiliar adverso puede condicionar mayor ingestión de alimentos en niños como mecanismo compensatorio”*⁽¹⁴⁾.

I.2 FAMILIA

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

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

Deriva del latín “famulus” que significa siervo y de la voz osca “famel” que significa esclavo doméstico ⁽¹⁵⁾.

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

Lo que sí está claro, es el hecho de que es la más antigua de las instituciones sociales humanas y, según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista nuestra especie, así mismo, de manera simultánea con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. ⁽¹⁵⁾.

Otra acepción de familia es la descrita por Ángela Hernández-Córdoba, quien dice que *“la familia es una serie de abstracciones de la conducta, un sistema de normas que tienen el carácter de reglas de comportamiento para sus miembros”* organizando dichas normas sociales en patrones particulares para cada institución, de acuerdo al área de la vida de la cual se ocupe. Así a la familia le correspondería garantizar:

- El adecuado funcionamiento biológico de los individuos de la sociedad.
- La reproducción de sus miembros.
- Su adecuada socialización.
- La producción y distribución de sus bienes y servicios.
- El mantenimiento del orden dentro del grupo y en su relación con el resto del sistema social ⁽¹⁶⁾.

El funcionamiento familiar ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Es frecuente que el funcionamiento familiar se analice a partir de tipologías familiares que permitan distinguir, con pocas dimensiones, sistemas familiares que funcionan de forma muy diferente tanto internamente como en relación al exterior. Son múltiples las tipologías que se han ofrecido del funcionamiento familiar y aunque todas ellas

comparten el objetivo de discriminar entre los diferentes tipos de sistemas familiares, suelen estar basadas en diferentes dimensiones del sistema familiar.

Diversos estudios han encontrado que cuando un sistema familiar prioriza o da importancia al sentimiento de vinculación emocional entre sus miembros y tiene una elevada capacidad de adaptabilidad a los cambios en sus roles internos en relación a las demandas externas a la familia, mostrará menos problemas de ajuste y adaptación durante el ciclo vital que una familia que mantenga simultáneamente poca capacidad de cambio de sus estructuras (baja adaptabilidad) y una baja vinculación emocional entre sus miembros.

Clasificación o Tipología de la Familia

El estudio de la familia implica hacer e identificar con que elementos está integrada, se requiere ubicar también el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico, valorar el contexto demográfico, así como identificar su comportamiento antropológico y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros, siendo todos estos rubros básicos para el estudio de las funciones de la familia ⁽¹⁷⁾.

- Clasificación según desarrollo:
 - Moderna.
 - Tradicional.
 - Arcaica o primitiva.
- Clasificación según su aspecto demográfico:
 - Urbana.
 - Rural.
- Clasificación según su composición:
 - Nuclear.
 - Extensa.
 - Extensa compuesta.
- Clasificación según su funcionalidad:
 - Funcionales.
 - Disfuncionales.
- Clasificación según su ocupación:
 - Familias campesinas.
 - Familias obreras.
 - Familias profesionales.
- Clasificación según la cultura:
 - Familias de cultura indígena.
 - Familias de cultura rural.
 - Familias de cultura urbana.

- Clasificación según el nivel socioeconómico:
 - Familias de estrato marginado o subproletario.
 - Familias de estrato popular o proletario.
 - Familias de estrato medio.
 - Familias de estrato elitario o de dominio.
- Clasificación según la dinámica de interacción entre sus miembros:
 - Familias integradas y solidarias.
 - Familias desintegradas o con conflicto.
 - Familias de cooperación o subnuclearización, en alianza a algún miembro de la familia ⁽¹⁷⁾.

Ciclo Vital de la Familia

El cumplir con su ciclo vital, es el fin último de la familia y consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso, mediante el paso por diferentes etapas. Podemos así conceptualizarlo como un proceso ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros⁽¹⁵⁾.

Y está dividido en cuatro etapas.

- Etapa Constitutiva: Inicia con la decisión de la pareja de llevar una vida en común.
- Etapa Procreativa: Inicia con la llegada de los nuevos integrantes de la familia.
- Etapa de Dispersión: Se inicia con la independencia del primero de los hijos y culmina con la separación del último de ellos.
- Etapa Final: Inicia con la salida del hogar del último de los hijos ⁽¹⁸⁾.

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

I.3 DISFUNCIÓN FAMILIAR

Smilkstein y cols, proponen un modelo que nos permita comprender los cambios que se producen en las familias, superando el incómodo debate sobre la normalidad y anormalidad.

Las familias no son normales ni anormales “funcionan” bien o mal dependiendo de sus posibilidades, que a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital.

La familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes:

- *Familia Normofuncional*: Es aquella que mantiene un equilibrio estable. Sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros garantizando su homeostasia.
- *Crisis familiar*: Se produce cuando la homeostasis familiar se ve desbordada por el desencadenamiento de acontecimientos vitales excesivamente intensos, sin embargo, es un estado que puede considerarse “fisiológica” e incluso necesaria para la evolución del sistema y de sus miembros. Cuando se presenta, el sistema tiene que recurrir a sus recursos tanto internos como externos, si dispone de ellos puede efectuar los ajustes necesarios para producir una respuesta adaptativa, modificando su funcionamiento interno y alcanzando un nuevo equilibrio homeostático diferente al anterior.
- *Disfunción familiar*: Cuando el sistema carece de recursos de ajuste y por tanto es incapaz de resolver la crisis, el equilibrio homeostático se rompe y el sistema cae en este estadio, mismo que ya no puede ser considerado fisiológico y las tensiones generadas por el conflicto desencadenante producen manifestaciones patológicas en los miembros de la familia. La familia disfuncional podrá optar por recibir los recursos externos de los que carece o aprender a movilizar sus propios recursos internos, bien por sí misma o recurriendo a instituciones como el sistema de salud y volver de nuevo al estadio de familia normofuncional.
- *Familia en equilibrio patológico o familia en disfunción permanente*: se llega a este estadio cuando no existen o se pueden utilizar los recursos internos ni externos, reaccionando la familia adoptando respuestas que perpetúen la situación, utilizando mecanismos de defensa familiares, incorporando estos mecanismos de defensa al funcionamiento del sistema a pesar de no ser adecuados al acontecimiento que los provoca, permitiéndole alcanzar nuevamente un equilibrio, sin embargo este estado dinámico es perjudicial para la familia, ya que se verá obligada a recurrir al mecanismo de defensa siempre que se enfrente con el estímulo que lo motivo o con estímulos que interprete como amenazantes ⁽¹⁹⁾.

“De acuerdo con Onnis, el sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. A su vez Minuchin señaló que la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos. Al respecto Ganley planteó que esta clase de familias

también se caracteriza por la presencia de amalgamiento, rigidez y hastío; así mismo, utilizan patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones. La comunicación en estas familias presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inefectivos”⁽³⁾.

La familia es un factor determinante para una buena difusión de caracteres educativos sobre una buena alimentación, y sobre todo la buena elección de alimentos de los diferentes grupos, pero también está determinado por el nivel socioeconómico con el que cuente la familia, ya que en estudios previos se ha determinado que en niveles socioeconómicos bajos se observa frecuentemente obesidad, esto, está facilitado por el nivel de estudios por los padres ⁽²⁰⁾.

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

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

Los niños de familias de madres solteras, y en particular los niños que son hijos únicos, tienen un riesgo mayor de ser obesos que los niños que viven con dos padres y que los niños que tienen hermanos. Estos hallazgos destacan la influencia que tiene la familia con respecto a la obesidad infantil. Además, indican que los proveedores de atención médica deben considerar la estructura familiar de los niños al hablar con las familias sobre la obesidad infantil ⁽¹⁾.

II. “JUSTIFICACION”

En México, la obesidad se ha convertido en un problema de Salud Pública, puesto que en la segunda mitad del Siglo XX se ha incrementado drásticamente, tanto así, que la UNICEF considera que México ocupa el primer lugar en obesidad infantil en el mundo.

Durante los últimos años las instituciones públicas han sumado importancia y publicado estudios acerca del tema, desafortunadamente, por cuestiones logísticas y éticas se han centrado en el metabolismo y aspectos nutricionales, primordialmente en la población urbana, incluso tomando acciones en respuesta, como la adopción de reglamentaciones en materia regulación sanitaria, por ejemplo la elevación de impuestos a las bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, a fin de reducir su consumo, también las nuevas políticas para mejorar la alimentación en el entorno escolar, particularmente regulando los alimentos que se venden en las escuelas, sin embargo, dejan de lado las áreas rurales y su aspecto funcional familiar, mismo que por la vulnerabilidad de estas áreas, es de suma importancia en la detección oportuna, prevención y tratamiento

Duelo Marcos M, y cols, en su estudio “Obesidad”, aseguran que existen diferencias en el consumo de alimentos entre las clases sociales, así las clases sociales desfavorecidas consumen más embutidos, pollo y alcohol, mientras que las clases elevadas consumen más carne roja, fruta, verdura, leche y quesos, dicen también que el menor nivel educativo de la madre se asocia a mayor consumo de carne, embutidos, golosinas, dulces, aperitivos y refrescos. Es decir, se ingieren más calorías y su distribución es más desequilibrada (7).

Surge de todo este contexto la necesidad de estudiar, valorar y calificar la funcionalidad de la familia en los niños con obesidad en el medio rural, ya que es en este medio en el que como consecuencia de los cambios políticos, sociales y económicos que actualmente se suceden uno tras otro en nuestro país, se da la más dura de las batallas en el núcleo familiar para lograr un estado de bienestar involucrando a todos los integrantes del mismo, pero que por la labilidad emocional y psicológica propias de la edad, son los infantes los más afectados, puntualizando que; el niño no podría ser capaz, bajo ninguna circunstancia de adquirir esta enfermedad por sí mismo, su entorno lo modela, lo condiciona y lo dispone a ser susceptible a ella.

El presente “proyecto” se centrará precisamente en estos aspectos que, a criterio propio, es indispensable darles la debida importancia, para poder generar un antecedente y tomarlo como parte del desarrollo de estrategias para el control de la obesidad en infantes, con el consecuente impacto económico y en salud a favor de las instituciones de salud, del propio individuo y del núcleo familiar.

III. “PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA”

Según la OMS (2015), la prevalencia de la obesidad (OB) en la población infantojuvenil va en aumento en todos los países, y los ascensos más rápidos se registran en los países de ingresos bajos y medianos. El número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso (SP) u (OB) se incrementó en todo el mundo, de 31 millones en 1990 a 42 millones en 2013. Si la tendencia actual continúa y no se interviene se llegará a los 70 millones en 2025.

En México, de acuerdo a los datos establecidos por la ENSANUT 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (32 % en niñas y 36.9% en niños), mientras que en 1999 la prevalencia fue del 26.9%, estimando con estos datos que la prevalencia aumenta a una velocidad de 0.8 puntos porcentuales por año.

Dentro de los esfuerzos realizados por algunos autores, se ha logrado identificar la presencia de factores propios del núcleo familiar y su dinámica que provocan un ambiente adverso en el desarrollo del infante, que pueden detonar el padecer sobrepeso – obesidad, siendo alguno de ellos, “*los trastornos de la dinámica familiar, el maltrato, el abuso*”⁽¹¹⁾, “*la malnutrición en los adultos de la familia, el tipo de estructura familiar, el nivel socioeconómico, los hábitos sedentarios y la falta de control por parte de los adultos en la ingesta de alimentos*”⁽¹⁶⁾, así pues aun cuando estamos ante un panorama poco alentador en relación al problema y su estudio, existen informes que señalan que lo aquí expuesto desencadena mecanismos compensatorios que liberan el disparador de la enfermedad en cuestión.

Por lo que resulta de suma importancia e interés el desvelar la influencia de la disfunción familiar en la génesis de la obesidad en la infancia, con el fin último de generar herramientas para la prevención primaria de la misma.

III.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Está relacionada la Disfunción Familiar con el Sobrepeso – Obesidad en niños?



IV. “OBJETIVOS”

IV.1 GENERAL

Evaluar la disfuncionalidad familiar y determinar su participación como “factor obesogeno” en niños de 5 a 10 años con sobrepeso – obesidad.

IV.2 ESPECIFICOS

- Identificar los niños de 5 a 10 años con sobrepeso – obesidad.
- Clasificarlos por edad y género.
- Determinar el tipo de funcionalidad familiar en las familias de niños con sobrepeso u obesidad.
- Determinar las características socioeconómicas de la familia del niño con sobrepeso u obesidad.

V. “HIPOTESIS”

En las familias con niños de 5 a 10 años que padecen sobrepeso – obesidad en la comunidad de Capula, la disfunción familiar es un factor desencadenante.

V.1 ELEMENTOS DE LA HIPOTESIS

V.1.1 VARIABLES

- **Dependiente:**
Niños con sobrepeso – obesidad.
- **Independiente:**
Disfunción Familiar

VI. “MATERIAL Y METODOS”

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de diseño **Observacional, Descriptivo y Transversal**.

VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO

Tiempo: Se aplicaron las mediciones antropométricas para diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 10 años, así como los instrumentos de investigación para Función Familiar y Nivel Socioeconómico, durante los seis meses comprendidos entre Octubre de 2017 y Marzo de 2018.

Lugar: Unidad Médica Rural 190 del Programa IMSS – Prospera, ubicada en la comunidad rural de Capula, Michoacán.

Sujetos de estudio: Familias con niños de 5 a 10 años de edad que padecen sobrepeso - obesidad

VI.3 UNIVERSO Y POBLACION DE ESTUDIO

Está constituido por las familias residentes de la comunidad rural de Capula, Michoacán, que tengan hijos de 5 a 10 años de edad con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

VI.4 MUESTRA

El universo de la muestra es de 1461 jefes de familia más 3577 familiares dependientes, sumando un total de población de 5038 (según censo local de Universo de Trabajo de 2016).

De estos 3577 habitantes los niños de 5 a 10 años por género y grupo de edad se describen en la siguiente tabla:

Genero	Edad en años cumplidos						Total
	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	
Masculino	68	71	52	50	57	58	356
Femenino	58	63	39	53	63	70	346
Total	126	134	91	103	120	128	702

Por lo que, si la población es finita, es decir conocemos el total de la población susceptible y conoceremos al determinar el IMC en los niños el total de ellos que padecen sobrepeso u obesidad y deseamos saber cuántos del total tendremos que estudiar, la respuesta sería:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{702 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (702-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{702 * 3.8416 * 0.05 * 0.95}{0.0025 * 701 + 3.8416 * 0.05 * 0.95} = 66$$

Donde:

N= total de la población

Z= 1.96 al cuadrado (seguridad 95%)

P= proporción esperada (5%=0.05)

q= 1 - p (en este caso 1-0.05 =0.95)

d= precisión (5%=0.05)

Así esta ecuación nos da como resultado el número de niños con sobrepeso - obesidad a encuestar que se requiere para que la muestra sea representativa. Sin embargo, en este ejercicio se realizarán encuestas al 100 % de las familias susceptibles (Censo).



VI.5 CRITERIOS DE SELECCION

VI.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Familias con niños de 5 a 10 años de edad con diagnóstico de sobrepeso - obesidad.
- Familias con niños de 5 a 10 años de edad con diagnóstico de sobrepeso - obesidad, siempre que el padre o tutor autorice el consentimiento informado del estudio.

VI.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños con genopatías, enfermedades congénitas, crónicas o agudas de más de 72 horas, con secuelas físicas o algún impedimento físico.

VI.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cuestionarios incompletos.
- Participantes que, una vez iniciado el estudio, decidan no seguir participando.

VI.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR																
SOBREPESO	Aumento del índice de masa corporal por arriba de lo establecido como normal.	<p>Es calculado al momento del estudio y consta de dividir el peso del paciente entre la talla (estatura) elevada al cuadrado, es decir;</p> $IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{talla}^2 \text{ (mts)}}$	Cualitativa Ordinal	<p>1.- Tablas del CDC para Percentiles del Índice de Masa Corporal por Edad para niños y niñas de 2 a 20 años.</p> <p>Donde si el niño se encuentra:</p> <p>a) Bajo el percentil 5 = Peso Bajo.</p> <p>b) Entre los percentiles 5 y 85 = Peso Normal.</p> <p>c) Entre los percentiles 85 y hasta por debajo del 95 = Sobrepeso.</p> <p>d) Igual o mayor que el percentil 95 = Obesidad.</p>																
OBESIDAD																				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la capacidad del sistema (familia), para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y los eventos críticos que se pueden presentar.	<p>Sera medida por el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL, que consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, con un total de 14 reactivos.</p> <p>Correspondiendo, dos a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.</p> <table border="0"> <tr> <td>Número de situaciones</td> <td>Variables que mide</td> </tr> <tr> <td>1 y 8</td> <td>Cohesión</td> </tr> <tr> <td>2 y 13</td> <td>Armonía</td> </tr> <tr> <td>5 y 11</td> <td>Comunicación</td> </tr> <tr> <td>7 y 12</td> <td>Permeabilidad</td> </tr> <tr> <td>4 y 14</td> <td>Afectividad</td> </tr> <tr> <td>3 y 9</td> <td>Roles</td> </tr> <tr> <td>6 y 10</td> <td>Adaptabilidad</td> </tr> </table>	Número de situaciones	Variables que mide	1 y 8	Cohesión	2 y 13	Armonía	5 y 11	Comunicación	7 y 12	Permeabilidad	4 y 14	Afectividad	3 y 9	Roles	6 y 10	Adaptabilidad	Cualitativa Ordinal	<p>1.- Familia Funcional. de 70 a 57 pts.</p> <p>2.- Familia Mod. Funcional. de 56 a 43 pts.</p> <p>3.- Familia Disfuncional. de 42 a 28 pts.</p> <p>4.- Familia Severamente Disfuncional. de 27 a 14 pts.</p>
Número de situaciones	Variables que mide																			
1 y 8	Cohesión																			
2 y 13	Armonía																			
5 y 11	Comunicación																			
7 y 12	Permeabilidad																			
4 y 14	Afectividad																			
3 y 9	Roles																			
6 y 10	Adaptabilidad																			

VII. “INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION”

Para el presente estudio se utilizó, el cuestionario FF-SIL para valorar la funcionalidad familiar y el AMAI 2010 para valorar el nivel socioeconómico familiar.

VII.1 CUESTIONARIO FF-SIL

Es un cuestionario que se utiliza para determinar el funcionamiento familiar, diseñado en Cuba por Ortega, T., De la Cuesta, D. and Días, C. en 1999, en la Universidad de la Habana, Cuba.

Validación.

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar. Test de funcionamiento familiar (FFSIL) es un instrumento construido por un Máster en Psicología de Salud para evaluar cuantitativamente la funcionalidad familiar, midiendo las variables:

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **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.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

El cuestionario FF-SIL para estimar el funcionamiento familiar, fue validado con Alpha de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$), la prueba fue también sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.

VII.2 CUESTIONARIO NSE-AMAI (2011)

El índice NSE (Niveles Socio Económicos) de la AMAI (Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión), es una herramienta de segmentación y calificación que a lo largo de más de 20 años ha sido empleada por instituciones oficiales (INEGI {2004 y subsecuentes}, Instituciones de Salud, etc.), compañías de investigación, consultores, etc.

Creado por la AMAI, es la norma, basada en el análisis estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes en términos de: vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual, determinando la satisfacción de estas dimensiones la calidad de vida y bienestar. Actualmente la AMAI clasifica los hogares utilizando la “Regla AMAI 8x7”, que es un algoritmo que mide que tan satisfechas están las necesidades más importantes del hogar. Esta regla produce un índice que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando ocho características o posesiones del hogar y la escolaridad de la persona que más aporta al gasto.

Las 8 variables son:

- Escolaridad del jefe del hogar o persona que más aporta al gasto.
- Número de habitaciones.
- Número de baños completos.
- Número de focos.
- Número de autos.
- Posesión de regadora.
- Posesión de estufa.
- Tipo de piso.

Los siete niveles y sus características son:

NIVEL		Características
ALTO	A/B	Segmento con el más alto nivel de vida; tiene cubiertas todas las necesidades del bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear el futuro.
	C+	Segundo estrato del nivel de vida; tiene cubiertas todas las necesidades del bienestar, sin embargo, tiene limitantes para invertir y ahorrar para el futuro.
MEDIO	C-	Segmento que ha alcanzado un nivel de vida práctico y con ciertas comodidades, cuenta con infraestructura básica en entretenimiento y tecnología.
	C	Tienen cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguran el mínimo de practicidad y comodidad.
	D+	Tienen cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar.
BAJO	D	Segundo segmento con menos bienestar, han alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactorios.
	E	Es el segmento con menos bienestar; carece de todos los servicios y bienes satisfactorios.

Para su calificación, se suma los puntajes asignados y obtenidos en cada una de las variables, asignando así uno de los siete niveles de bienestar:

TABLA DE PUNTOS POR NIVEL

Nivel	Puntos
AB	193 y +
C +	155 – 192
C	128 – 154
C -	105 – 127
D +	80 – 103
D	33 – 79
E	0 – 32

Validación.

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

VIII. “PLAN DE RECOLECCION DE DATOS”

La recolección de datos se efectuó previa autorización por el Comité de Investigación del IMSS.

Se programaron y realizaron reuniones informativas a las familias susceptibles de estudio (familias con niños de 5 a 10 años de edad).

Posteriormente y previa aceptación y firma voluntaria del Consentimiento Informado y Compartido (*anexo I*), se procedió a la toma de medidas antropométricas de los infantes, evaluación del IMC mediante el uso del Índice de Quetelet y valoración del mismo con las tablas de Percentiles del Índice de Masa Corporal en niños y niñas de 2 a 20 años del CDC (*anexos II y III*) e identificando así las familias que habrán de formar el grupo muestra, a quienes se les aplicarán los cuestionarios FF-SIL de funcionalidad familiar (*anexo IV*) y el NSE-AMAI de nivel socioeconómico (*anexo V*).

La frecuencia de recolección de datos, será acordada con las familias que participaran en el estudio, acordando, día y horario para las entrevistas con cada una de ellas.

IX. “DISEÑO ESTADISTICO”

Se empleó estadística descriptiva en término de media \pm error estándar para las variables continuas; y frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas o discretas. Se empleó el estadístico de prueba Chi cuadrado, para efectuar la asociación de variables cualitativas, así como también se empleó el estadístico paramétrico *t* de Student de modelos independientes para contrastar ambos grupos. El proceso de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver 23). Las cifras estadísticamente significativas, fueron aquellas que asociaron a un *p* valor < 0.05 . Se presentan tablas de contingencia y graficas de frecuencia.

Al instrumento FF-SIL de Dinámica familiar se le aplico análisis de confiabilidad a través del Alpha de Cronbach y se reconfirmó por el método de mitades de Spearman-Brown, aportando valores bastante altos dignos de ser válido, confiable y reproducible.

X. “ASPECTOS ETICOS”

El presente estudio se realizó bajo las normas éticas regidas en el código de Núremberg que señala el consentimiento voluntario (consentimiento informado), así como la declaración de Helsinki (recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos) respetando de esta manera todos sus apartados, los cuales se anexa al final del estudio.

Se realizó el consentimiento informado a los pacientes que desearon participar en el estudio.

Este trabajo de investigación cuenta con aspectos de factibilidad ya que es de costo accesible, y no requiere de financiamiento externo. No trasgrede los derechos humanos, ni viola normatividad alguna en materia de investigación en seres humanos; respeta lo que marca la Ley General de Salud en base a su Última Reforma publicada en el DOF 01-09-2011, en su Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, la investigación sin riesgo y se cuidara en todo momento la confidencialidad de la información.

XI. “RESULTADOS”

Las tablas 1 y 2, nos muestran el análisis de fiabilidad realizado al instrumento principal de este estudio.

Tabla 1.- Análisis de Fiabilidad FF-SIL			
Variabes	Ítems	Alfa de Cronbach	Spearman-Brown
Cohesión	1 y 8	0.588	-
Armonía	2 y 13	0.678	-
Comunicación	5 y 11	0.803	-
Permeabilidad	7 y 12	0.550	-
Afectividad	4 y 14	0.535	-
Roles	3 y 9	0.765	-
Total		0.938	0.939

Tabla 2.- Contraste dominios del instrumento.				
Variabes	Sobrepeso	Obesidad	t - Student	Significancia
	N=69	N=71		
Cohesión	6.33 ± 0.24	6.35 ± 0.23	-0.055	0.956
Armonía	6.43 ± 0.25	6.28 ± 0.24	0.430	0.668
Comunicación	5.43 ± 0.31	5.30 ± 0.28	.293	0.770
Permeabilidad	4.79 ± 0.24	5.07 ± 0.24	-0.793	0.429
Afectividad	7.08 ± 0.20	7.00 ± 0.22	.284	0.777
Roles	5.57 ± 0.28	5.87 ± 0.30	-0.712	0.478
Adaptabilidad	5.40 ± 2.23	5.35 ± 0.25	0.144	0.885

Se estudiaron 140 niños de 5 a 10 años que padecen sobrepeso u obesidad, de los cuales n=75 (53.6%) pertenecen al género femenino y n=65 (46.4%) al género masculino (Gráfico 1).

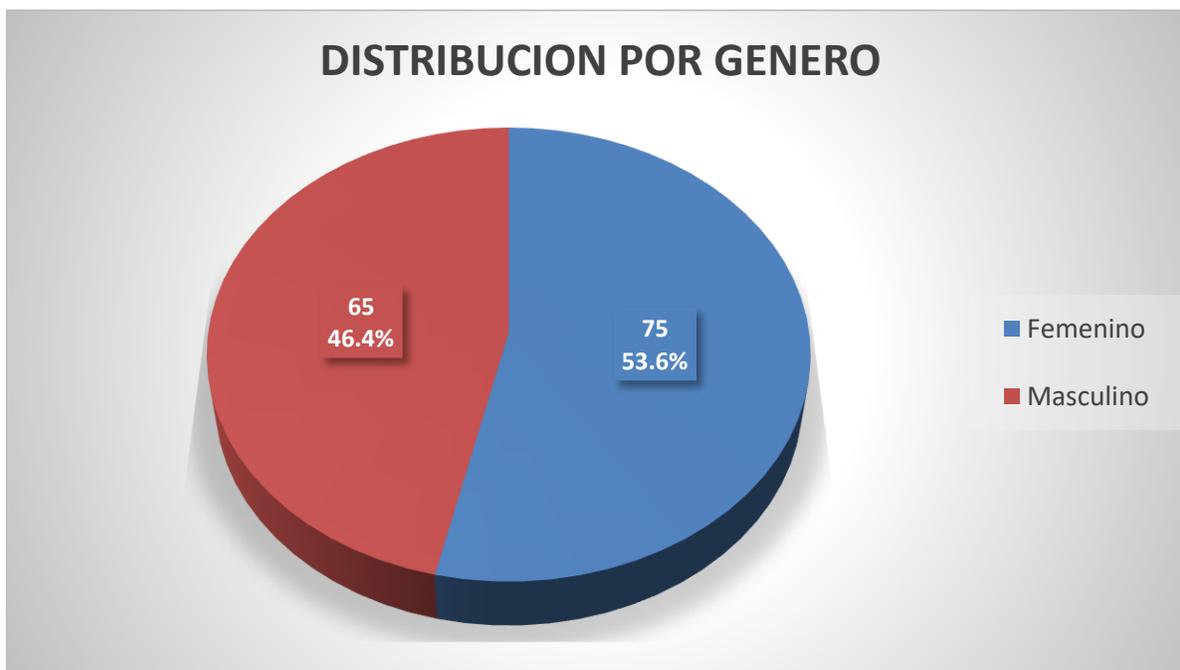


Gráfico 1. *Distribución por género de los sujetos del estudio.*

Tabla 3.- Análisis de Sociodemográficos

	MEDIA	MEDIANA	MODA	DESVIACION ESTANDAR	RANGO	VALOR MINIMO	VALOR MAXIMO
SEXO	1.54	2	2	0.50	1	1	2
EDAD	7.80	8	8	1.59	5	5	10
PESO	35.25	34	31	9.98	49	17	66
TALLA	1.28	1.29	1.30	0.12	0.56	0.96	1.52
IMC	21.14	20.26	18.90	3.04	15.80	17	32.80

Con respecto a la distribución de la edad, la distribución se presentó de la siguiente manera; de 5 años n=20 niños, de 6 años n=9 años, 7 años n=23 niños, 8 años n=37 niños, 9 años n=29 niños y 10 años n=22 niños.

El grupo predominante fue el de 8 años, con un 26.4 % y el de menor presencia fue el de 9 años con 6.4 %. (Gráfico 2).

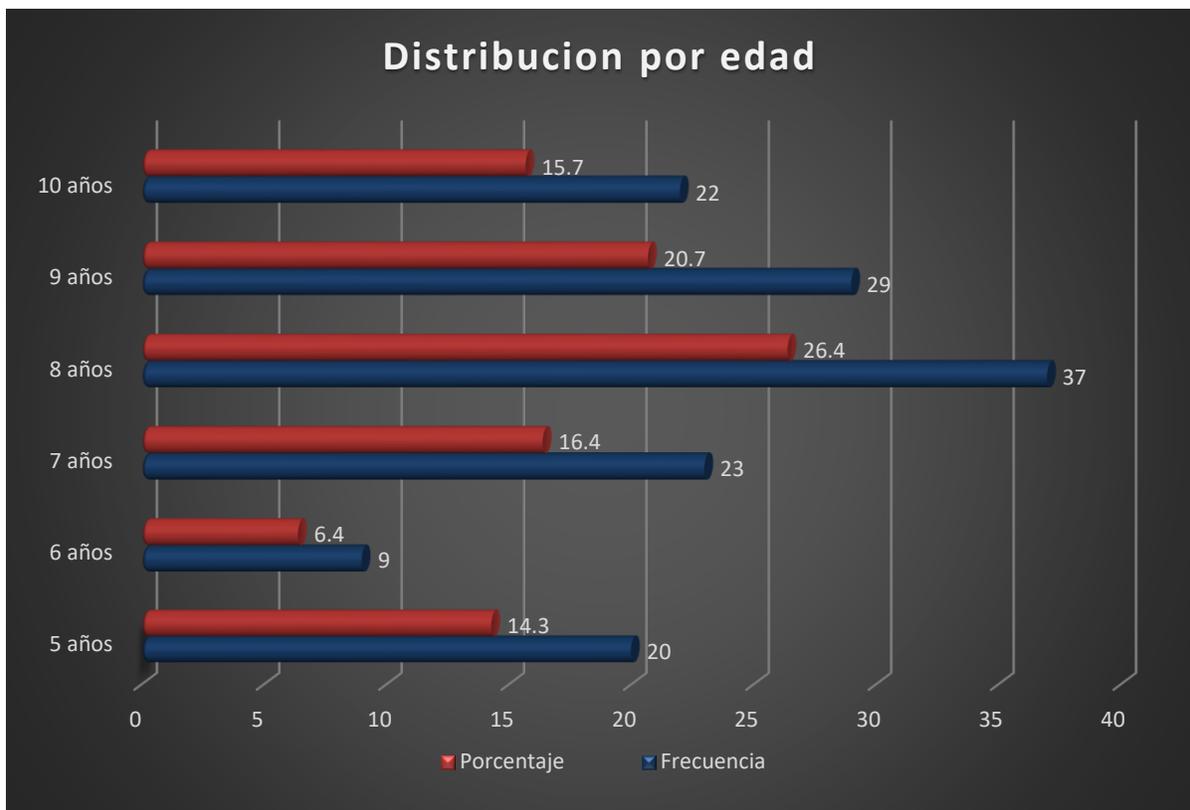


Gráfico 2. Distribución por Edad de los sujetos del estudio.

En relación con la forma de presentación del padecimiento de Sobrepeso y Obesidad, presentándose de la siguiente manera, Sobrepeso n=69 (49.3%) niños y Obesidad n=71 (50.7%) niños. (Gráfico 3).

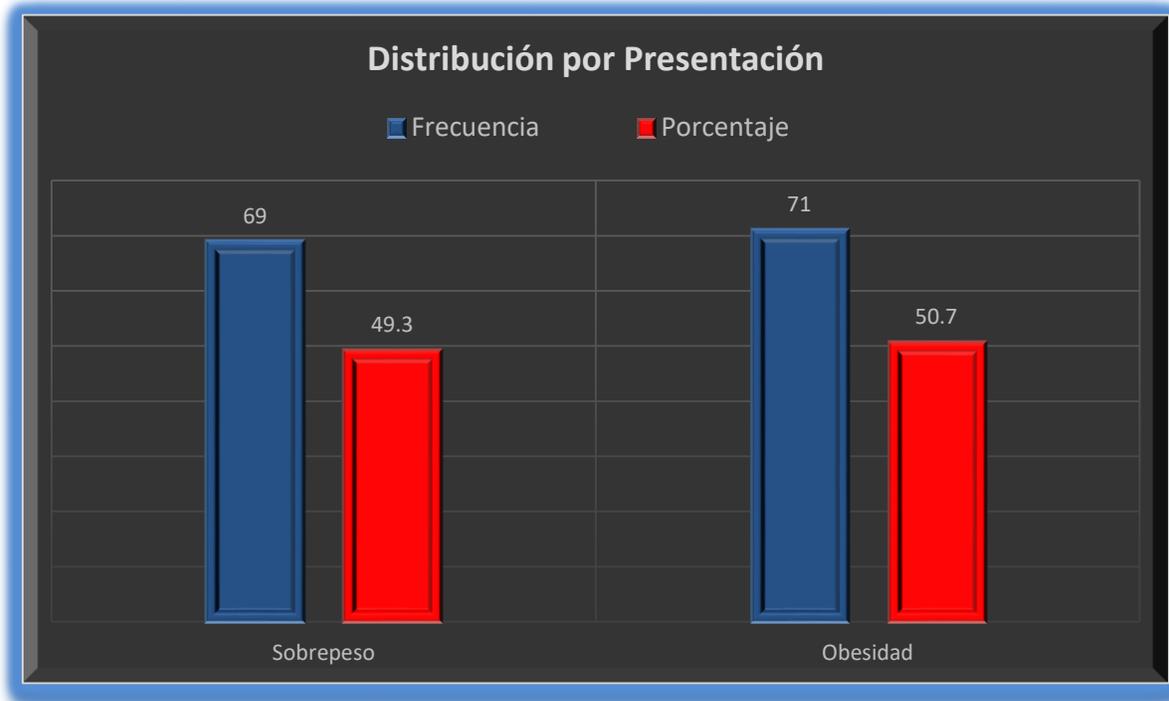


Gráfico 3. *Distribución por Presentación.*

Tabla 4.- Percentiles de Índice de Masa Corporal por Edad CDC para Niños y Niñas de 2 a 20 años.		
	Frecuencia	Porcentaje
Entre los Percentiles 85 y hasta por debajo del 95 = Sobrepeso	69	49.3
Igual o mayor que el Percentil 95 = Obesidad	71	50.7
Total	140	100.0

La relación entre la Función Familiar y el Sobrepeso y Obesidad, se presentó de la siguiente manera; para Sobrepeso 15 familias funcionales, 17 moderadamente funcionales, 26 disfuncionales y 11 severamente disfuncionales, para Obesidad; 13 familias funcionales, 22 moderadamente disfuncionales, 26 disfuncionales y 10 severamente disfuncionales. (Gráfico 4).



Gráfico 4. Relación de la Función Familiar con el Sobrepeso y la Obesidad.

Percentiles de Índice de Masa Corporal por Edad CDC para Niños y Niñas de 2 a 20 años. vs Test de Funcionamiento Familiar SS-FIL

Tabla 5.- Cruzada

			Test de Funcionamiento Familiar SS-FIL				Total
			Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Disfuncional	Familia Severamente Disfuncional	
Percentiles de IMC por Edad CDC para Niños y Niñas de 2 a 20 años.	Entre Percentiles 85 y hasta por debajo del 95 = Sobrepeso	Frecuencia	15	17	26	11	69
		% del total	10.7%	12.1%	18.6%	7.9%	49.3%
	Igual o mayor que el Percentil 95 = Obesidad	Frecuencia	13	22	26	10	71
		% del total	9.3%	15.7%	18.6%	7.1%	50.7%
Total	Frecuencia	28	39	52	21	140	
	% del total	20.0%	27.9%	37.1%	15.0%	100.0%	

La tendencia al cruzar el Nivel Socioeconómico con el Sobrepeso y la Obesidad, arrojo los siguientes datos; para Sobrepeso, nivel Socioeconómico alto 1, medio 35 y bajo 33, para Obesidad, nivel Socioeconómico alto 2, medio 38 y bajo 31. (Gráfico 5).

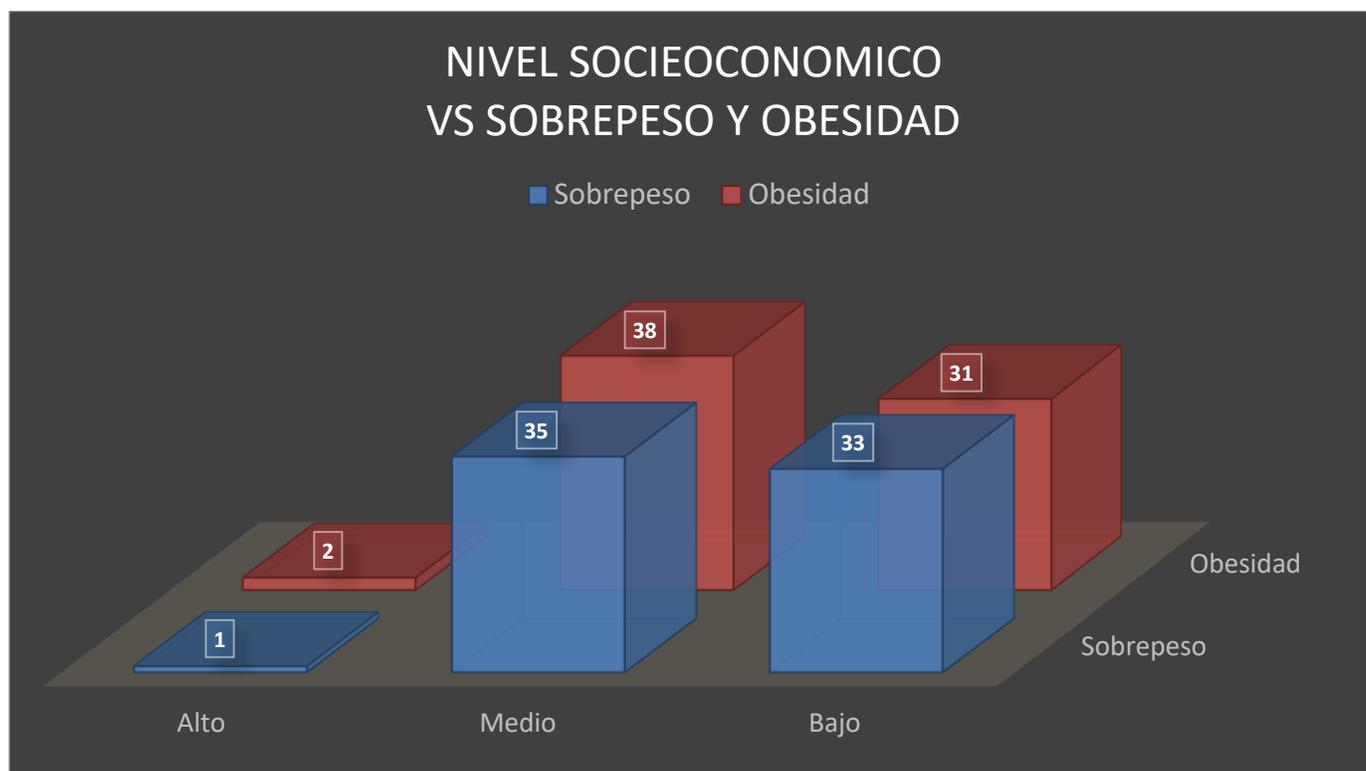


Gráfico 5. *Sobrepeso y Obesidad en relación con el Nivel Socioeconómico.*

Percentiles de Índice de Masa Corporal por Edad CDC para Niños y Niñas de 2 a 20 años Vs Nivel Socioeconómico

Tabla 6.- Cruzada

		Nivel Socioeconómico NSE-AMAI			Total
		Alto	Medio	Bajo	
Percentiles de IMC por Edad CDC para Niños y Niñas de 2 a 20 años.	Entre Percentiles 85 y hasta por debajo del 95 = Sobrepeso	1	35	33	69
	Igual o mayor que el Percentil 95 = Obesidad	2	38	31	71
Total		3	73	64	140

Se estudió también la relación entre el Nivel Socioeconómico y la Funcionalidad Familiar, resultando de ello, 3 niños con nivel alto, 73 con nivel medio y 64 con nivel bajo, detallando cada grupo en el siguiente gráfico. (Gráfico 6).

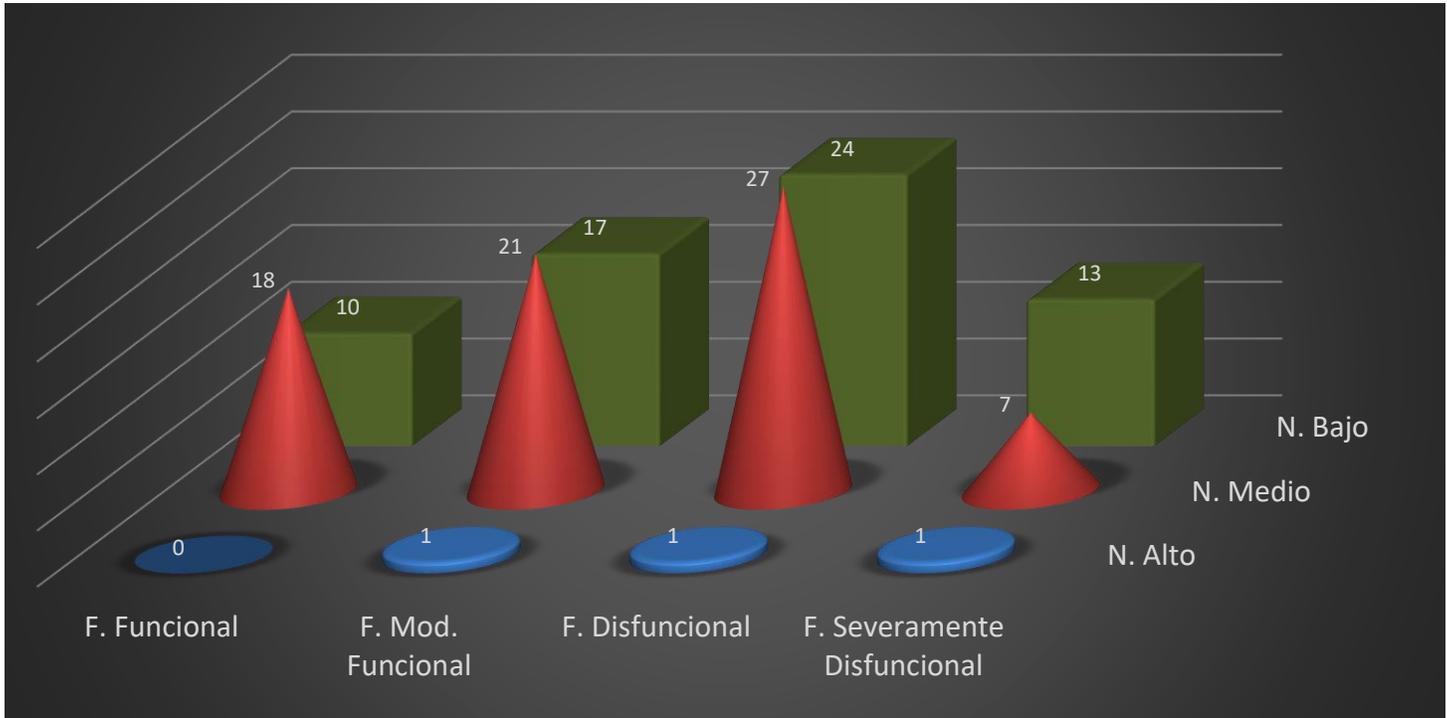


Gráfico 6. Relación entre Nivel Socioeconómico y Funcionalidad Familiar.

Nivel Socioeconómico NSE-AMAI vs Test de Funcionamiento Familiar SS-FIL

Tabla 7.- Cruzada

		Test de Funcionamiento Familiar SS-FIL				Total
		Familia Funcional	Familia Moderadamente Funcional	Familia Disfuncional	Familia Severamente Disfuncional	
Nivel Socioeconómico NSE-AMAI	Alto	Recuento: 0 % del total: 0.00%	Recuento: 1 % del total: 0.70%	Recuento: 1 % del total: 0.70%	Recuento: 1 % del total: 0.70%	Recuento: 3 % del total: 2.10%
	Medio	Recuento: 18 % del total: 12.90%	Recuento: 21 % del total: 15.00%	Recuento: 27 % del total: 19.30%	Recuento: 7 % del total: 5.00%	Recuento: 73 % del total: 52.10%
	Bajo	Recuento: 10 % del total: 7.10%	Recuento: 17 % del total: 12.10%	Recuento: 24 % del total: 17.10%	Recuento: 13 % del total: 9.30%	Recuento: 64 % del total: 45.70%
Total		Recuento: 28 % del total: 20.00%	Recuento: 39 % del total: 27.90%	Recuento: 52 % del total: 37.10%	Recuento: 21 % del total: 15.00%	Recuento: 140 % del total: 100.00%

XII. “DISCUSION”

La obesidad es un padecimiento de origen multifactorial, en la que juegan un papel importante la susceptibilidad genética, los entornos económico, social, político y cultural, así como las relaciones y función familiar, que redundan en un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas.

Es necesario precisar que son pocos y pobres los estudios que asocian la disfunción familiar con el sobrepeso y la obesidad en niños, sin embargo si existen informes que los ambientes familiares adversos si influyen y/o condicionan incremento en la ingesta de alimentos en niños a manera de mecanismo compensatorio ⁽¹⁴⁾.

En lo referente al instrumento FF-SIL para Función Familiar, utilizado para este estudio y que tiene una fiabilidad de .938 por Alfa de Cronbach, se aplicó también a las 7 dimensiones del instrumento la prueba de muestras independientes, donde la *t* de Student para la igualdad de medias arroja los siguientes valores; Cohesión .956, Armonía .668, Comunicación .770, Permeabilidad .429, Afectividad .777, Roles .478, Adaptabilidad .885 y que aun con la diferencia de valor de las dimensiones de permeabilidad y roles del resto de las dimensiones, no se observa una diferencia estadística significativa.

En los 140 niños estudiados con diagnóstico de sobrepeso y obesidad con edades de los 5 a los 10 años, el grupo más frecuente fue el de 8 años con 26.4% de la muestra, seguido del grupo de 9 años con 20.7%, después 7 años con 16.4%, 10 años con 15.7%, 5 años con 14.3% y por último el de 6 años con el 6.4%, en ellos se identificó que la proporción de niños con sobrepeso y obesidad del grupo de estudio, fue semejante al presentarse 69 niños con sobrepeso y 71 con obesidad, se estableció también que la proporción entre familias funcionales y disfuncionales con los niños que padecen sobrepeso u obesidad es porcentualmente semejante al presentarse en el sobrepeso un 22.8% de familias funcionales y un 26.5% de familias disfuncionales y en niños con obesidad un 25% de familias funcionales y 25.7% de familias disfuncionales, generando un porcentaje total (sobrepeso y obesidad) de **47.9% de familias funcionales y 52.1% de familias disfuncionales**, con Chi cuadrada no significativa con valor obtenido de 0.849, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa, González-Pastrana Y et. al. (Rev. Salud pública. 17(6): 2015) no demostró asociación entre las variables de funcionalidad y tipología familiar con la malnutrición infantil por exceso⁽²³⁾, sin embargo, Jaramillo-Sánchez R (Rev Med Ins Mex Seguro Soc 2012), propone que la disfunción familiar puede ser una fuente de estrés psicológico que influye en la conducta de cada miembro de la familia y al alterarla se convierte en un factor de



riesgo que puede originar la obesidad o influir en su perpetuación⁽¹²⁾ y M. Balladares et. al. (BIOFARBO 20(1): 2012), evidencia que la dinámica y estructura familiar muestran una fuerte asociación con la obesidad infantil en niños y niñas en edad escolar⁽²⁴⁾.

Con respecto a la relación de sobrepeso y obesidad con el nivel socioeconómico, se observó en el nivel socioeconómico alto un 2.1% de las familias, nivel medio 52.2% y nivel bajo 45.7%, resultando una elevada tendencia para sobrepeso y obesidad inclinada a los niveles medio y bajo y muy baja tendencia en el nivel socioeconómico alto, M. Balladares indica que los padres que poseen los ingresos económicos se asocian al desarrollo de obesidad en sus hijos, debido a que el ingreso familiar tiene una relación directa con el estado de salud⁽²⁴⁾.

Al analizar la correlación entre el Nivel Socioeconómico y la Funcionalidad Familiar, observamos un ligero predominio de familias disfuncionales en los niveles socioeconómicos medio y bajo y de las tres familias que tienen nivel socioeconómico alto, hay una familia moderadamente funcional, una disfuncional, y una severamente disfuncional, pero ninguna funcional.

En lo referente a la pregunta de investigación y la hipótesis planteadas en este estudio, al obtener un valor $p > 0.050$, mismo que se encuadra en la aceptación de la hipótesis nula, se puede interpretar que el Sobrepeso y la Obesidad NO SE RELACIONAN con la Disfunción Familiar como Factor desencadenante en las familias con niños de 5 a 10 años de la comunidad de Capula.

XIII. “CONCLUSIONES”

La obesidad es un problema de salud presente en la población infantil en forma ascendente, lo que la ubica como una enfermedad de alto impacto, por otro lado, la función familiar, son atributos de la familia, que pueden o no estar en homeostasis bio-psico-social, resultando cuando esta homeostasis no está presente, en una disfunción familiar.

El presente estudio concluye que no existe relación entre disfuncionalidad Familiar y la presencia de Sobrepeso u Obesidad en las familias de los niños sujetos del mismo, por lo que concluimos que el sobrepeso u obesidad y la disfunción familiar son variables independientes.

Identificamos que aun cuando existe una pequeña diferencia en los niños con sobrepeso u obesidad entre los cuatro estadios de funcionalidad familiar del instrumento utilizado, se compensan resultando en un porcentaje muy similar entre las familias funcionales y las disfuncionales.

En las familias el modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos se encuentran fuertemente condicionados durante la etapa infantil por el contexto familiar, puesto que es en este periodo cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y practicas alimentarias, sin dejar de lado que los progenitores influyen también en el contexto alimentario infantil en relación con su nivel socioeconómico, predominando el nivel medio y sin afectar la función familiar.

XIV. “CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES”

ACTIVIDAD	MES DE CUMPLIMIENTO											
	2017											
	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
1. Elección del Tema.			↔									
2. Investigación Bibliográfica.			↔									
3. Definir y Delimitar el Problema (planteamiento) y Justificación.				↔								
4. Planteamiento de la Hipótesis, y Objetivos.				↔								
5. Especificación de la Muestra y Selección Instrumento de Medición.					↔							
6. Envío y revisión SIRELCIS.						↔						
7. Periodo de Correcciones							↔					
8. Recolección de Datos.										↔		
	2018											
(8). Recolección de Datos.	↔											
9. Análisis Estadístico e Interpretación de Resultados.				↔								
10. Redacción de Conclusiones y Discusión.												↔
	2019											
(10). Redacción de Conclusiones y Discusión.	↔											
11. Presentación del Trabajo de Investigación.			↔									
12. Redacción del Escrito Científico y envió UNAM.						↔						

XV. “REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS”

- 1.- Días-Encinas Diana del Rocío, Enríquez- Sandoval Dulce Rocío. Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2007; 24(1): 22-26.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y Obesidad. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311es. Accesado el 22 de Mayo de 2017.
- 3.- Morales José Antonio. Obesidad: un enfoque multidisciplinario. Editorial: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: México;2010.
- 4.- Martínez y Martínez, R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. México: Editorial El Manual Moderno; 2013.
- 5.- Kaufer-Horwitz Martha, Toussaint Georgina. Indicadores Antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex Vol 2008; 65: 502-518.
- 6.- Chueca, M; Azcona, C; Oyarzabal, M. Obesidad infantil. Anales del Sis. San. de Navarra.2002;25(1): 127-141.
- 7.- Duelo Marcos M. Escribano Ceruelo E. Muñoz Velasco F., “et al”. Obesidad. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2009; 11(16): 239-257.
- 8.- Hurtado-López Erika F. Macías-Rosales, Roció. Enfoque de la obesidad desde la pediatría. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52 (Supl 1): S116-S119.
- 9.- Guemes-Hidalgo, M. Muñoz Calvo, M.T. Obesidad en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral 2015; XIX (6): 412-427.
- 10.- Mönckeberg B Fernando, Muzzo B Santiago. La desconcertante epidemia de obesidad. Rev. chil. nutr. Mar. 2015; 42(1): 96-102.
- 11.- González-Rico José Luis, Vázquez-Garibay Edgar M., Cabrera-Pivaral Carlos E., González-Pérez Guillermo J., Troyo-Sanromán Rogelio. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2012; 50(2): 127-134.
- 12.- Jaramillo-Sánchez Rosalba, Espinoza-de Santillana Irene, Espíndola-Jaramillo Iliá Angélica. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2012; 50 (5): 487-492.
- 13.- Morgan-Ruiz Fred V, Valdez-Radke Adriana S, Peraza-Garay Felipe, “et al”. Prevención y manejo de sobrepeso y obesidad en niños de 3 a 11 años: modelo de atención con enfoque multidisciplinario en el estado de Sinaloa. Rev. Med. UAS.Julio - Septiembre 2014; 4 (3): 89-96.
- 14.- Sandoval-Montes Imelda E., Romero-Velarde Enrique., Vázquez-Garibay Edgar M., “et al”. Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2010; 48(5): 485-490.

15.- Huerta-González José Luis. Medicina Familiar, La Familia en el proceso salud - enfermedad. México: Editorial Alfíl; 2005.

16.- Hernández-Córdoba Angela. Familia Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Editorial El Buho; 1997.

17.- Membrillo-Luna Apolinar, Fernández-Ortega Miguel Angel, Quiroz-Pérez José Rubén, Rodríguez-López José Luis. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. México: Editorial ETM {year unknown}.

18.- Anzures-Carro Ricardo, Chávez-Aguilar Víctor, García-Peña Ma. Del Carmen. Medicina Familiar. {place unknown}: Editorial Corinter; 2008.

19.- De la Revilla AL. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. España: Editorial Doyma; 1994.

20.-Ortiz-Hernandez Luis, Acosta-Gutiérrez María Nayeli, Núñez-Pérez Alma Elisa, "et al". En escolares de la Ciudad de México la inseguridad alimentaria se asoció positivamente con el sobrepeso. RevInvest Clin. 2007; 59 (1): 32-41.

21.-Rodríguez-Huertas E, Solana-Moreno M.I., Rodríguez-Espinoza F., "et al". Programa CASERIA. Respuestas de escolares de 6 a 10 años de edad. Semergen. 2012; 38 (5): 265-277.

22.-Johannsen Darcy L.,Neil M. Johannsen, Bonny L. Specker. Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. Obesity. 2006; 14 (3): 431-439.

23.- González-Pastrana Yina, Díaz-Montes Carmen. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. Rev. Salud Pública. 2015; 17 (6): 836-847.

24.- Balladares-Chavarría M, Philco-Lima Patricia, Rivero Fernando, Cortez-Gordillo Jaqueline. Características familiares y depresión como factores de riesgo para obesidad en escolares. Oruro-Bolivia 2011. BIOFARBO. 2012 20 (1): 49-57.

XVI.1 Anexo I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75, MORELIA, MICHOACÁN

Anexo: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Capula, Mich. A ____ de _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado **DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR OBESOGENO EN FAMILIAS CON NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS CON SOBREPESO – OBESIDAD EN LA COMUNIDAD RURAL DE CAPULA.** Registrado ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603, con el número _____.

Justificación: Cuando la familia enfrenta crisis no normativas y no tiene la capacidad de enfrentarlas, se afecta el sistema, generando un estado de disfunción familiar, que afectara de manera particular a los infantes. El sobrepeso y obesidad en niños se encuentra en pleno crecimiento, es urgente identificar su relación con la disfunción familiar como factor desencadenante.

El objetivo: Evaluar la disfuncionalidad familiar y determinar su participación como “factor obesogeno” en infantes de 5 a 10 años con sobrepeso – obesidad, en la comunidad rural de Capula.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en autorizar que la información relacionada a la enfermedad de mi hijo sea captura mediante la aplicación de una encuesta de función familiar y contestar algunas preguntas relacionadas a mi nivel socio-económico. El contestar estas preguntas me llevara un aproximado de 15 minutos.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado que no existen por tratarse de contestar una encuesta y no incluye ninguna intervención. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad al contestar algunas preguntas de la intimidad personal.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio de manera directa no los obtendré, pero será posible conocer el grado de función o disfunción familiar y nivel socioeconómico, así mismos servirán para hacer un diagnóstico actual de la relación que guarda la disfunción familiar con el sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 10 años.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que en caso de yo solicitarlo se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio.

Participación o retiro: He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:
Investigador responsable: Dr. Simbad Solorio Vargas, Tel: 443 2730281.

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dra. Lilian Erendira Pacheco Magaña. Tel: 4531367311

O bien 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: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL) aplicado en familias de niños con sobrepeso – obesidad.

A continuación, le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Usted, clasifique, puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

	Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en 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 difíciles.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este 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 respetadas por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

CUESTIONARIO DE NIVEL SOCIOECONOMICO (NSE-AMAI) APLICADO EN FAMILIAS DE NIÑOS CON SOBREPESO OBESIDAD

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

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

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

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

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

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o MAS	52

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

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o MAS	58

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

RESPUESTA	PUNTOS
NO	0
SI	10

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

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

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

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

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

RESPUESTA	PUNTOS
No estudio.	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta.	22
Secundaria completa.	22
Carrera comercial.	38
Carrera técnica.	38
Preparatoria incompleta.	38
Preparatoria completa.	38
Licenciatura incompleta.	52
Licenciatura completa.	52
Diplomado o maestría.	72
Doctorado	72