



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE  
MEXICO Y MUNICIPIOS  
UNIDAD ACADÉMICA  
HOSPITAL GENERAL DE NEZAHUALCOYOTL

**“TITULO PRINCIPAL”**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON OBESIDAD DE 7 A 11 AÑOS DE  
EDAD DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE VALLE DE CHALCO  
SOLIDARIDAD DEL ISSEMYM

PRESENTA:

DR. MARCOS LINO GIL GIL



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 EN NIÑOS CON OBESIDAD DE 7 A 11 AÑOS DE  
EDAD DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE VALLE DE CHALCO  
SOLIDARIDAD DEL ISSEMYM

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

**DR HORACIO CASTILLO BELTRAN**  
ASESOR METODOLOGICO

**DR. BREA ANDRES EDUARDO**  
*JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA*

**LIC. MEJIA MARQUEZ MARTHA**  
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN MÉDICA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON OBESIDAD DE 7 A 11 AÑOS DE  
EDAD DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE VALLE DE CHALCO  
SOLIDARIDAD DEL ISSEMYM

PRESENTA:

DR. MARCOS LINO GIL GIL

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

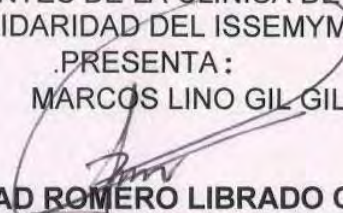
**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON OBESIDAD DE 7 A 11 AÑOS DE  
EDAD DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE VALLE DE CHALCO  
SOLIDARIDAD DEL ISSEMYM

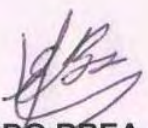
PRESENTA:

DR. MARCOS LINO GIL GIL




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

**DR. HORACIO CASTILLO BELTRAN**  
ASESOR METODOLÓGICO



**DR. EDUARDO BREA ANDRÉS**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD



**LIC. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ**  
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Funcionalidad Familiar en niños con obesidad de 7 a 11 años de edad  
derechohabientes de la Clínica de Valle de Chalco Solidaridad del ISSEMYM

ÍNDICE

Índice. . . . .	1
1. Marco Teórico. . . . .	2
1.1 Antecedentes. . . . .	3
1.2 Concepto. . . . .	4
1.3 Panorama Epidemiológico. . . . .	6
1.4 Obesidad y Familia. . . . .	9
2. Planteamiento del Problema. . . . .	11
2.1 Pregunta de Investigación. . . . .	11
3. Justificación. . . . .	12
4. Objetivos general y específicos. . . . .	13
5. Hipótesis. . . . .	14
6. Metodología. . . . .	14
7. Definición conceptual y operativa de las variables. . . . .	15
8. Instrumento de recolección de datos. . . . .	31
9. Métodos o procedimientos para captar la información. . . . .	33
10. Análisis estadísticos. . . . .	34
11. Aspectos y Consideraciones éticas. . . . .	35
12. Resultados. . . . .	38
13 Discusión. . . . .	44
14 Conclusiones. . . . .	46
15. Bibliografía. . . . .	48
16. Anexos. . . . .	53

## 1. MARCO TEÓRICO

El ser humano al nacer, tiene la gran posibilidad de hacerlo en un ambiente de pobreza, lo que puede implicar que viva en un ambiente inadecuado para desarrollarse. Los miembros de dicho núcleo familiar se ven desfavorecidos en muchos ámbitos, la mayoría de ellos generados por la falta de recursos económicos, siendo para el escolar la malnutrición un factor de riesgo importante. El menor de edad puede ser capaz de adaptarse a ese medio dentro de cierto rango, el cual es modificado por la familia o los cuidadores del escolar. Esto depende básicamente del tipo de familia, la educación de los padres, el número de hermanos y si la familia es o no funcional. Hay reglas y estructuras intra familiares (sobrepotección, responsabilidad, indiferencia o hasta negligencia criminal) y extra familiares (amigos, escuelas, desayunos escolares, grupos de autoayuda, ejercicio o hábitos de recreación), que pueden modificar las prácticas alimentarias, favoreciendo la salud o enfermedad en estos niños. Se espera que si estos sujetos están en un ámbito desfavorable, la malnutrición sea más frecuente a favor de la desnutrición y sea poca la prevalencia de sobrepeso u obesidad. Este padecimiento (obesidad) es una enfermedad crónica de relevancia ya que su incidencia y prevalencia están en aumento en México, sobre todo en zonas urbanas y suburbanas, es un factor de riesgo importante de diversos padecimientos, sobre todo de tipo degenerativo. Esto genera una gran preocupación en instituciones de salud a nivel nacional: IMSS, ISSSTE, PEMEX, DIF o regionales: ISSEMYM, por los impactos económicos a mediano y largo plazo en dichos Sistemas de Salud.<sup>20</sup>

### 1.1.1 ANTECEDENTES

La etimología de la palabra familia no ha podido ser establecida con exactitud. Hay quien afirma que proviene del latín *fames* (hambre). Otros, del término *famulus* (sirviente). Por eso, se cree que, en sus orígenes, se utilizaba el concepto familia para referirse al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En el sentido primitivo aludía al conjunto de esclavos y sirvientes del páter familias. La sociología la define como una unidad social de base comunitaria constituida por los lazos naturales, originarios y espontáneos entre sus miembros. Planoil y Antonio Cicu definen que la familia es el conjunto de personas que se hallan vinculadas por el matrimonio, la filiación y la adopción. Messineo menciona que la familia es el conjunto de dos o más individuos que viven ligados entre sí por un vínculo colectivo, recíproco e indivisible de matrimonio, de parentesco, de afinidad y que constituyen un todo unitario. Virreyra Flor reporta que la familia es el conjunto de personas que se hallan unidas por el vínculo de consanguinidad y que viven bajo un mismo techo. Espinoza Félix escribe que la familia es un conjunto de personas que se hallan unidas por vínculos de consanguinidad o adopción fundada en personas llamadas padres y los hijos de ellos que viven en un lugar, cultivando los afectos necesarios naturales con intereses comunes de superación y progreso. Así mismo ha evolucionado estas definiciones al estadio de civilización superior, como familia mono parental, (padre o madre y los hijos); o familia monógama (marido con una sola mujer). (1, 2, 3,4)

Se define a la familia como a los miembros de un hogar emparentados entre sí, por sangre, adopción o matrimonio. 8,13. En Medicina Familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales, que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros. (5) La mayoría de los países reconocen a la familia en el ámbito religioso, civil y utilitaria post industrial (6,7)



Se considera a la familia nuclear como el modelo familiar más deseado para el desarrollo humano, sin embargo algunos autores la consideran en crisis. (7, 8, 9, 10, 11,12)

La familia funciona como un sistema dinámico en que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir expectativas y objetivos. Cuando existen cambios en una función de la familia, existen permutas notables en esta estructura y se inicia una nueva etapa evolutiva en el núcleo familiar. (13) Las familias pueden estar agrupadas en diferentes tipos de estructuras como son. Rígida, sobreprotectora, amalgamada, centrada, evitadora, semi-democrática. (14) La dinámica familiar conlleva el cambio de ciclos de vida en que esté el grupo primario. La imposibilidad de transformarse en estas etapas produce incompatibilidad de las funciones o tareas evolutivas de la familia, Esto es la disfunción familiar. (15)

La aptitud clínica del médico familiar consiste en tener las capacidades para identificar signos y síntomas de la disfunción familiar, incluyendo las de omisión y/o comisión. (16) Se puede inferir qué alteraciones en su funcionalidad provocan descontrol en la salud de sus integrantes más vulnerables. (17) Dentro de la vigilancia de aptitud clínica, es importante verificar el aspecto psicosocial y no solo el biológico, ya que menos del 5% de los encuestados tienen altas calificaciones. (18,19)

### 1.1.2 CONCEPTO

La obesidad se entiende como el exceso de adiposidad, generalmente con aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo. De entre distintas definiciones propuestas para definir la obesidad, la SMNE (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) menciona los siguientes elementos: a) Es una enfermedad crónica. b) Es un padecimiento complejo, producto de la interacción de una serie de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. c) Es heterogénea en cuanto a su expresión clínica. d) Constituye un factor de riesgo

para el desarrollo de numerosas co-morbilidades entre las que sobresalen: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y algunas neoplasias. e) Actualmente representa, a nivel mundial, uno de los principales problemas de salud, no sólo por el aumento en su prevalencia, sino por el incremento en el grado de obesidad entre quienes la padecen. Por su alta prevalencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, que se encuentra en proceso de expansión en todo el mundo. La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal (IMC = peso en kg /talla en m<sup>2</sup>). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85. Así se clasifican en: Sobrepeso, cuando el valor del IMC es igual o superior al centil 75, Obesidad, cuando el valor del IMC es igual o por arriba del centil 85, Obesidad grave, cuando el valor del IMC es igual o por arriba del centil 97. De acuerdo a consensos de Institutos de Salud, la clasificación del peso se usa el IMC como diagnostico: IMC: Peso bajo--<18.5, Peso normal--18.5-24.9, Sobrepeso--25-29.9, Obesidad clase 1--30-34.9, Obesidad clase 2--35-39.9, Obesidad clase 3-->30. (20)

Existen instrumentos diseñados específicamente para determinar la prevalencia de obesidad y sus complicaciones. (21)

Hay alteraciones que pueden encontrarse asociadas a obesidad como son la depresión y/o ansiedad, que se reporta con una prevalencia del 33%, sin embargo no se encontró una asociación significativa con la disfunción familiar. (22,23)

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por aumento de la masa corporal. (24)

Los nuevos patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas de IMC para lactantes y niños de hasta 5 años. No obstante, la medición del sobrepeso y obesidad en niños es difícil porque no

hay una definición normalizada de la obesidad que se aplique en todo el mundo. (25)

Hay factores que disponen para la obesidad como son: hábitos alimentarios por ingesta inadecuada de grasas y carbohidratos, introducción prematura de alimentos sólidos y/o destete precoz. (26) Además, peso al nacimiento, obesidad de los progenitores, horas dedicadas a la televisión, rebote temprano de adiposidad entre otros (27,28,29)

### 1.1.3 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO

La obesidad se considera un problema de salud pública de alcance mundial donde cada país está implementando políticas para abatir este problema. (30,31,32): A nivel Latinoamérica, se ha observado una tendencia al aumento del sobrepeso y obesidad infantil.(33,35) A nivel nacional se reportan una desaceleración moderada de la escalada de prevalencia de obesidad, lo que podría deberse a deficiencias metodológicas aun no identificadas, sin embargo, aun persiste muy alta prevalencia, por lo que se recomienda utilizar la encuesta (ENSANUT)2006 y se han identificando esfuerzos para la elaboración de bebidas saludables (35,36). A nivel local por ser zona urbana el riesgo es mayor. (32, 37,38) Se reportan cambios importantes en el estado de nutrición de la población mexicana, especialmente la pediátrica, con obesidad extrema en 5%, obesidad 23.5% y sobrepeso 21.1%. Esto constituye un problema económico para los Sistemas de Salud, con un costo estimado de 57 mil millones de pesos mexicanos para el año 2050. (39)

Entre los factores asociados al desarrollo de obesidad infantil se encuentran: 1.- Epidemiológicos: consumo excesivo de alimentos donde se reportan Razón de Momios (RM) de exceso de peso materno RM 70.5; límite de alimentos consumidos RM 62.9; meriendas comerciales RM 10.4 (40,41,); sedentarismo (42,43). 2.- Económicos: el desarrollo económico demostrando mayor la

prevalencia de obesidad en escuelas privadas. (32,38) 3.- Sociales: acceso a alimentos chatarra (40, 41,43), oferta de desayunos escolares. (40), influencia familiar que pueden llegar hasta la negligencia (42,43). 4.- Culturales: ver televisión más de 3 horas diarias (35,44). Hereditarios, carga indoamericana, gemelos (19, 35, 36,44). Importación de patrones de alimentación (36,45). Que la obesidad no se considere un problema de salud por la familia, han contribuido a modificar su estilo de vida. (46). Asociaciones de enfermedades como la depresión y/o ansiedad actúan como disparador de un círculo vicioso para ingesta compulsiva. (47,48)

Investigaciones en conducta alimentaria han encontrado que el grupo familiar más directo, especialmente las madres tienen una influencia importante en los hábitos alimenticios de los menores. (48,49) La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de las estrategias usadas por los padres para controlar lo que come el menor de edad, a los que el niño responde utilizando diversos mecanismos de adaptación. (49,50,51)

La obesidad infantil es factor de riesgo vinculado al aumento de enfermedad cardiovascular en el adulto, junto con la hipertensión, donde se recomiendan tratamientos no farmacológicos (40,41); diabetes mellitus con prevalencia del 2 al 3% en población pre púber (52, 53,54); sedentarismo, hiperinsulinemia: en no obesos vs obesos con RM 23; trigliceridemia y hipercolesterolemia en no obesos vs obesos RM 5; elevando así las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con este factor de riesgo. (54,55)

Sin embargo los padres, maestros e incluso personal de salud, no perciben a la obesidad como un problema de salud, e incluso rechazan y estigmatizan al niño obeso, a pesar de que son factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en la edad adulta. (22, 40, 43, 46,55).

Se reporta en 53 escuelas en un estudio multicéntrico por conglomerados con n= 975 alumnos, que 46% de los niños están con las categorías de sobrepeso (21.1%), obesidad (23.5%) y obesidad extrema (5%), siendo mayor este sobrepeso en menores que acuden a escuelas privadas.(56)

En México uno de cada cuatro niños de 5 a 11 años de edad tiene sobrepeso u obesidad mientras en adolescentes lo padecen uno de cada tres, reveló la Encuesta Nacional de Coberturas del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que este no es un problema privativo de la edad adulta.(57)

México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad en niños y adolescentes y el primero en adultos. Se reporta 31.9% en población de 12 a 19 años, 79% en mujeres adultas y 66.7% en hombres adultos.(58)

Se utilizaron bases de datos de 8 años (1997-2004) de 1,580,000 niños que ingresaron a la escuela detectándose obesidad en el 16% y el 6% presento más posibilidades de obesidad por ser indígena versus no indígena.(59)

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) nos dice que en 2008 había 47.19 millones de personas en pobreza multidimensional, de los cuales 35.99 eran considerados como pobres moderados y 11.20 como pobres extremos. Adicionalmente 35.18 millones fueron clasificados como vulnerables por carencias sociales y otros 14.28 como vulnerables por ingreso. Ser pobre multidimensional significa estar privado de ingresos y de manera simultánea, del cumplimiento de los derechos sociales fundamentales. Los indicadores considerados por el Coneval son: a) rezago educativo, b) acceso a servicios de salud, c) acceso a seguridad social, d) calidad y acceso a servicios en la vivienda, e) calidad y espacios de la vivienda y f) acceso a la alimentación. Es probable que la tendencia que sea agudizo en 2009 se mantenga en 2010

pues los datos de la Encuesta Nacional de ocupación y empleo indican que las personas que reciben menos de dos salarios mínimos se incrementó de 2.1 a 2.58 millones. Asimismo, el Coneval reporta que 44.2 % de la población nacional vive en condiciones de pobreza multidimensional, es decir, 47.2 millones de personas presentaban al menos una carencia social y no tenían un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades (60,61)

Uno de cada cinco hogares está ubicado en lugares de pobreza extrema, 2 mil 400 zonas son agobiadas por la miseria en nuestro país. El crecimiento demográfico del 6% y la fuerte migración del campo, han generado grandes cinturones de miseria, y en el área metropolitana de la Ciudad de México. Buena parte de la concentración de pobreza está en la zona periférica oriente como Chimalhuacán y Chalco. (62)

Se detectó sobrepeso en adolescentes. La vulnerabilidad sanitaria que viven en zonas urbanas marginadas de México se manifiesta en una población joven, con pocas redes de apoyo familiar y de servicios de salud.(63)

Cuando hay programas para la buena alimentación en población con bajos ingresos económicos, nos encontramos con: Facilitadores como son gratuidad, gran accesibilidad, aceptabilidad favorable, alta credibilidad de las madres en las recomendaciones médicas. Por otro lado las barreras son problemas de almacenamiento y distribución condiciones de pobreza, disfunción familiar, creencias y prácticas.(64)

### 1.1.3 OBESIDAD Y FAMILIA

La funcionalidad familiar y la obesidad, se deben a que la familia ejerce en etapas tempranas del individuo, la forma de llevar a cabo la realización del proceso de socialización, que en buena medida determina la respuesta de sus integrantes entre sí, y hacia la sociedad, específicamente en parámetros como: jerarquía, alianzas, límites, roles, redes de apoyo, comunicación y flexibilidad. Lo que nos

dará los medios para el desarrollo integral del individuo. Cuando no se lleva a cabo, nos traerá múltiples problemas como por ejemplo, la obesidad, entre otros. (65)

La proporción de obesidad es más elevada en los chicos y chicas pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. Otros aspectos a destacar en el ámbito familiar son las normas que se establecen en la familia en relación con la alimentación, la forma de educar a los hijos, el tipo y variedad de alimentos que encuentran a su alcance o que se ofrecen a los pequeños en las comidas o entre horas. Se ha sugerido que la incorporación de la madre al trabajo activo fuera del hogar podría influir en las tasas de obesidad en la población infantil, tal vez mediatizando cambios en los hábitos alimentarios familiares. (65)

Entre niños de los 6 a 12 años de edad, hijos de padres migrantes Mixtecos, originarios de una región con altos niveles de desnutrición, en los períodos 2001-2002 y 2003-2004, se observó una prevalencia de 38% de sobrepeso y obesidad, y de 26% de obesidad abdominal. Otro estudio realizado en escuelas públicas y privadas de Tijuana reportó 43% de prevalencia de sobrepeso y obesidad. En la ciudad de Tecate, la segunda ciudad fronteriza localizada en el extremo noroeste de México, en el año 2006 se observó una prevalencia de 48% de sobrepeso y obesidad en tres escuelas primarias. (66)

En el niño obeso el comer es una forma de reducir la ansiedad. Y si se transforma en algo habitual con el tiempo se aumentará más de peso, estableciendo un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo. Se considera de fundamental importancia ya que la familia puede ser disfuncional. (67)

Para la población infantil, existen pocos instrumentos de evaluación familiar. Dentro de estos se encuentra el presentado recientemente durante el Congreso Nacional de Medicina Familiar 2007, de la Psicóloga Alejandra Antolín Cárdenas; Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar para niños mexicanos de 7

a 11 años de edad, conformado por nueve dimensiones: reglas, autonomía, asertividad, cohesión, organización, roles, agresión y violencia, responsabilidad, comunicación afectiva y estructura del poder. (68)

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser producida por una dinámica familiar disfuncional, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica, el sobrepeso esta directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia; por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas. Se considera necesario abordar el estudio de la obesidad infantil, a fin de conocer la magnitud del problema y la asociación de factores como la dinámica familiar en niños de 7 a 11 años de edad adscritos a clínica Valle de Chalco Solidaridad ISSEMYM. Y en base a esto llevar a cabo acciones tendientes a prevenir y control esta patología.

En nuestro medio no contamos con un estudio que nos indica la magnitud del problema sobre todo en lo que respecta a la funcionalidad familiar que se involucran en el desarrollo de la obesidad así como los factores asociados al mismo. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en niños con obesidad de 7 a 11 años de usuarios de la clínica de Valle de Chalco Solidaridad del ISSEMYM?



### 3. JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad.

En niños y adolescentes la obesidad se ha incrementado casi un 50% en los últimos 20 años y su prevalencia ha sido estimada en al menos 25-30% en México, los datos reportados en la encuesta nacional de nutrición 1988 reflejan que hay 11.3% de preescolares con sobrepeso y 4.4% con obesidad en ese mismo grupo de edad según la ENURBAL 94-95 señala que ya afecta de 20 a 27% de nuestros niños y adolescentes. Su prevalencia en la década de los 80 entre los 6 y los 11 años se incrementó en un 87%. El interés de realizar este estudio tiene la finalidad de alertarnos, sobre la manera que la obesidad infantil ha alcanzado en nuestra población e identificar algunos factores de riesgo que se asocien a su presencia, así mismo el tipo de familia que más influye para el desarrollo de la misma y la que se ve menos afectada con esta enfermedad, para que en un futuro se implementen estrategias dirigidas en base a nuestro entorno sociocultural que ayuden a prevenir y controlar esta patología.

#### 4. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de funcionalidad familiar en niños de 7 a 11 años de edad con obesidad usuarios de la unidad del ISSEMYM de Valle de Chalco Solidaridad.

##### 4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociales, culturales y económicos en las familias de los escolares obesos.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la autonomía/ asertividad en las familias con escolares con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la cohesión en las familias con niños con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la organización en las familias con escolares con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a los roles en las familias con escolares con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la agresión y violencia en las familias con escolares con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la responsabilidad en las familias con escolares con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la comunicación afectiva en las familias con escolares con obesidad.
- Determinar la funcionalidad familiar en base a la estructura del poder en las familias con escolares con obesidad.

## 5. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un estudio descriptivo

## 6. MATERIAL Y METODOS

### TIPO DE DISEÑO

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

### DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO

El estudio se llevo a cabo en dos escuelas públicas de la Comunidad de Valle de Chalco en escolares con edades de 7 a 11 años de edad y que estuvieran adscritos y vigentes a la Unidad Médica de Valle de Chalco Solidaridad ISSEMYM, comprendido en el periodo de julio y Agosto de 2009. La información se obtuvo a partir de la aplicación del Instrumento de evaluación de funcionamiento familiar presentado durante el Congreso Nacional de Medicina Familiar 2007 por la Terapeuta Familiar Alejandra Antolín Cárdenas.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Tipo finito. La población esta constituida por 200 escolares de 7 a 11 años de edad que se encuentran en dos escuelas públicas de la Comunidad de Valle de Chalco y que acuden a la unidad de atención medica de Valle de Chalco solidaridad, ISSEMYM, durante el periodo Julio y Agosto de 2009.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Existen 1357 niños de 6 a 15 años de edad registrados en el ISSEMYN Solidaridad en Valle de Chalco, Estado de México. Se hizo escrutinio en 212 niños de 7 a 11 años de edad durante el año 2009.

El tamaño de muestra es de 200 Todas las estimaciones se hicieron asumiendo 95% de confianza ( $1-\alpha$ ) y 80% de poder estadístico ( $1-\beta$ ) en el paquete Epi-Info 2000. Versión 1.1 (CDC Atlanta Ga).

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Escolares de 7 a 11 años con obesidad.
- Escolares adscritos y vigentes a la unidad médica de Valle de Chalco Solidaridad ISSEMYM.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Escolares con patología crónica o aguda asociada a obesidad.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Escolares cuyos padres no deseen continuar en el estudio.
- Pacientes que contesten incompleta la encuesta en 85 %.
- Padre o tutor que no otorgue el consentimiento informado.

## 7. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de Medición	Calificación	Fuente

Obesidad	Control	Enfermedad compleja, crónica y multifactorial que suele iniciar en la niñez; por lo general tiene origen en la interacción de la genética y factores ambientales, de los cuales sobresale la ingestión excesiva de energía y el estilo de vida sedentario.	Cualitativa nominal	IMC por encima del percentil 95 para la edad y sexo	Expediente
funcionalidad familiar	Control	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa y con base en el cumplimiento eficaz de sus	Cualitativa nominal	1) En base a la autonomía/actividad  2) En base a la cohesión	ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

		funciones, o en su incumplimiento, por lo que se habla de familia funcional o disfuncional		n 3) En base a la organización familiar 4) En base a los roles 5) En base a la comunicación afectiva 6) En Base a la estructura del poder	
--	--	--	--	---	--

Reglas	Control	Norma que sirve para dirigir o ejecutar una cosa. Grado de flexibilidad-rigidez de la familia con respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad y la aplicación de sanciones	Cualitativa nominal	<p>Con los reactivos:</p> <p>11- Mis papás me dan tarea que puedo realizar.</p> <p>17- En mi familia me dan tareas que puedo realizar fácilmente.</p> <p>18- Cada uno de nosotros hace el quehacer que le toca.</p> <p>19- En la familia si tomamos algo lo ponemos en su lugar cuando lo desocupamos.</p> <p>20- Si mis padres me ordenan algo lo cumplo.</p> <p>24- Para poder ir a una fiesta tengo que pedir</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
--------	---------	---	---------------------	--	--

				<p>permiso a mis padres.</p> <p>25- Las obligaciones dentro de la casa quedan claras para cada quién.</p> <p>30- Es importante llegar temprano a todos lados.</p> <p>32- Cuando alguien en mi familia dice lo que siente se le escucha.</p> <p>40- Tengo un horario para dormir de lunes a viernes.</p> <p>41- En mi casa nos ayudamos entre sí.</p> <p>42- En mi familia nos gusta hablar para ponernos</p>	
--	--	--	--	--	--



				<p>de acuerdo antes de hacer algo.</p> <p>52- En mi familia nos enseñan cómo hacer los quehaceres.</p> <p>53- En nuestra familia cada año vamos de vacaciones,</p> <p>54- Cuando hay problemas económicos lo hablamos en la familia.</p> <p>58-Mi mamá es la que nos da permiso de jugar cuando acabamos las tareas.</p> <p>61- Solo podemos ver la televisión cuando terminamos nuestras tareas, 66- Si alguien de la</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>Autonomía/ asertividad</p>	<p>Control</p>	<p>Autonomía (del griego auto, "uno mismo", y nomos, "norma") es, en términos generales, la capacidad de tomar decisiones sin ayuda de otro.</p> <p>Suele definirse como un <b>comportamiento</b> comunicacional maduro en el cual la persona no agrade ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>familia tiene algún plan, se le permite que lo hogar.</p> <p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>21- En la casa nos decimos las cosas que nos hacen falta en la escuela o casa.</p> <p>26- Las obligaciones dentro de la casa quedan claras para cada quién.</p> <p>27- Mis hermanos y yo nos llevamos muy bien con mis papás.</p> <p>28- En mi familia nos decimos las cosas de frente,</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
-----------------------------------	----------------	---	----------------------------	---	--

Cohesión	Control	El grado de consenso de los miembros de un grupo social en relación con un proyecto o situación común.	Cualitativa nominal	<p>directamente.</p> <p>33 En mi familia mis papás me enseñan a cuidarme del peligro.</p> <p>37- En mi familia nos gusta ser libres. 39- En mi familia cada quien hace su quehacer.</p> <p>57- Yo puedo decir dónde quiero ir a pasear.</p> <p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>2- Cuando tengo un problema en la escuela mis papás me</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
----------	---------	--	---------------------	---	--

				<p>ayudan.</p> <p>3,- Entre los miembros de mi familia nos contamos lo que hicimos durante el día.</p> <p>9- En mi familia nos gusta divertirnos juntos.</p> <p>13- En mi familia nos llevamos bien.</p> <p>22- En mi familia nos gusta compartir los juegos.</p> <p>29- En mi familia hacemos actividades juntos.</p> <p>31- Cuando alguien de mi familia tiene un problema buscamos entre todos la</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>solución.</p> <p>38- En mi familia platicamos y paseamos.</p> <p>47- En mi familia nos gustan las mismas cosas.</p> <p>50- En mi familia disfrutamos juntos el tiempo libre.</p> <p>56- En mi familia nos gusta salir al campo.</p> <p>59- En la familia tenemos horarios para realizar las actividades.</p> <p>62- Si mis padres quieren salir a pasear salimos.</p> <p>64- En mi familia</p>	
--	--	--	--	---	--

Organización	Control	<p>Es un sistema de actividades conscientemente coordinadas formado por dos o más personas; la cooperación entre ellas es esencial para la existencia de la organización.</p> <p>Una organización solo existe cuando hay personas capaces de comunicarse y que están dispuestas a actuar conjuntamente para obtener un objetivo común.</p>	Cualitativa nominal	<p>comemos juntos</p> <p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>4- A todos nos toca hacer algo de quehacer.</p> <p>5- Mi familia me apoya cuando quiero obtener algo que me gusta.</p> <p>6- En mi casa todos hacemos el mismo número de quehaceres.</p> <p>10- Yo le platico a mis papás lo que hago en la escuela.</p> <p>43- Mi mamá y mi papá me piden mi opinión cuando hay que decidir algo</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
--------------	---------	--	---------------------	--	--

Roles	control	Como serie de patrones esperados de conducta atribuidos a quien ocupa una posición dada en una unidad social, es decir, el papel desempeñado por las personas en la sociedad (sociología	Cualitativa nominal	<p>importante.</p> <p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>8- Mi mamá cocina para la familia,</p> <p>34- Mi mamá se encarga de cuidarnos cuando estamos enfermos,</p> <p>46- Solo mi papá es el que decide a donde pasear,</p> <p>63- Mi papá trabaja para mantenernos,</p> <p>65- Debemos obedecer a nuestros padres</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
-------	---------	--	---------------------	--	--

<p>Agresión y violencia</p>	<p>control</p>	<p>La agresión se define como la fuerza destructora de sí mismo y del otro, para definir el territorio de cada uno y hacer valer su derecho. La violencia está definida como todo atentado a la integridad física y psicológica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>23- En la casa si alguien se enoja se desquita con el que lo hizo enojar,</p> <p>55- En mi familia alguien se pelea frecuentemente,</p> <p>60- Con mis hermanos me peleo</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
-----------------------------	----------------	---	----------------------------	---	--



Responsabilidad	Control	<p>La responsabilidad es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral. O capacidad de establecer compromiso de acciones, acuerdos, obligaciones y roles para dar respuesta positiva o proactiva</p>	Cualitativa nominal	<p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>35- Mi mamá se encarga de cuidarnos cuando estamos enfermos.</p> <p>44- Las tareas domésticas van de acuerdo a lo que puedo hacer.</p> <p>48- Si yo me niego a hacer algo, mi familia me respeta.</p> <p>49- Cuando tomo mis propias decisiones mi familia me las respeta</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
-----------------	---------	--	---------------------	--	--

Comunicación afectiva	control	<p>Habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad. La calidad se refiere a la habilidad de la familia para responder a una gama de emociones. La cantidad de respuesta afectiva se refiere al grado de respuesta afectiva y describe un continuo que va desde la ausencia hasta la exageración de una respuesta</p>	Cualitativa nominal	<p>Con los reactivos</p> <p>1- En mi familia hay la confianza para decirnos cuánto nos queremos.</p> <p>12- En mi familia nos llevamos bien.</p> <p>14 Si alguien de la familia se enoja le damos tiempo a que se le pase porque lo entendemos.</p> <p>16- En mi familia nos hacemos cariñitos y nos decimos que nos queremos.</p> <p>36- Si le digo a mis padres o hermanos que estoy molesto me comprenden.</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
-----------------------	---------	---	---------------------	---	--

Estructura del poder	control	Es la distribución del poder en la familia y a la claridad por parte de los miembros, acerca de quién o quienes ejercen dicho rol	Cualitativa nominal	<p>45- En mi familia podemos decir si estamos tristes.</p> <p>51- En casa somos muy cariñoso</p> <p>Esta dimensión se evalúa con los reactivos</p> <p>7- En mi familia mi papá manda,</p> <p>15- En mi familia sabemos quién manda (papá o mamá</p>	<p>ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>
----------------------	---------	---	---------------------	---	--

## 8 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El Instrumento fue creado por la Maestra en Terapia Familiar Alejandra Antolín Cárdenas para realizar la evaluación de funcionamiento familiar, aplicable a niños mexicanos de 7 a 11 años de edad y presentado en el Congreso de Medicina Familiar en el 2007. Dicho cuestionario incluye los siguientes apartados:

**Reglas:** grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia con respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad y la aplicación de sanciones. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 11,17,18,19, 20, 24, 25, 30, 32, 40, 41, 42, 52, 53, 54, 58, 61, 66 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 54 puntos que es el punto medio, indica el grado de establecimiento de reglas. El puntaje máximo a obtener es de 90 y el mínimo es de 18. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

**Autonomía/asertividad:** grado en el cual se fomenta en la familia, que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar. Y asertividad como la habilidad verbal para expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, así como el establecimiento de límites de manera oportuna, directa y honesta, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás.

Esta dimensión se evalúa con los reactivos 21, 26, 27, 28, 33, 37, 39, 57 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 24 puntos que es el punto medio, indica el grado de autonomía/asertividad que se ejerce en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 45 y el mínimo es de 8. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

**Cohesión:** grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y de pertenencia, reflejándose en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia para realizar actividades cotidianas juntas, para resolver problemas, compartir intereses y tiempo libre. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 2, 3, 9, 13, 22, 29, 31, 38, 47, 50, 56, 59, 62, 64 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 42 puntos que es el punto medio, indica el grado de cohesión en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 70 y el mínimo es de 14. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

**Organización:** manera en que se planean las actividades en forma equilibrada para obtener resultados eficientes al interior de la familia. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 4, 5, 6, 10, 43 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 15 puntos que es el punto medio, indica el grado de organización de la familia. El puntaje máximo a obtener es de 25 y el mínimo es de 5. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

**Roles:** patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a sus miembros funciones familiares, a la claridad respecto a las tareas que deben cumplir, el grado de cumplimiento de estas funciones y a la distribución de dichos roles. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 8, 34, 46, 63, 65 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 15 puntos que es el punto medio, indica el grado de claridad en los roles. El puntaje máximo a obtener es de 25 y el mínimo es de 5. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

**Agresión y violencia:** La agresión se define como la fuerza destructora de sí mismo y del otro, para definir el territorio de cada uno y hacer valer su derecho. La violencia está definida como todo atentado a la integridad física y psicológica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 23, 55, 60 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 9 puntos que es el punto medio, indica tendencia hacia la agresión y violencia familiar. El puntaje máximo a obtener es de 15 y el mínimo es de 3. A mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área.

Responsabilidad: capacidad de establecer compromiso de acciones, acuerdos, obligaciones y roles para dar respuesta positiva o proactiva. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 35, 44, 48, 49 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 12 puntos que es el punto medio, indica el grado de responsabilidad. El puntaje máximo a obtener es de 20 y el mínimo es de 4. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Comunicación afectiva: habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad. La calidad se refiere a la habilidad de la familia para responder a una gama de emociones. La cantidad de respuesta afectiva se refiere al grado de respuesta afectiva y describe un continuo que va desde la ausencia hasta la exageración de una respuesta. Se distinguen dos categorías de afectos: sentimientos de bienestar y sentimientos de crisis. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 1, 12, 14, 16, 36, 45, 51 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 21 puntos que es el punto medio, indica el grado de comunicación afectiva en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 35 y el mínimo es de 7. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Estructura del poder: Es la distribución del poder en la familia y a la claridad por parte de los miembros, acerca de quién o quienes ejercen dicho rol. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 7, 15 del instrumento de evaluación, con la obtención por arriba de 6 puntos que es el punto medio, indica el grado de estructura del poder en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 10 y el mínimo es de 2. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

## 9. MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS

Previo consentimiento de las autoridades correspondientes y por el comité de investigación, se realizó el procedimiento en conjunto con el personal de enfermería. Se realizó la valoración antropométrica con las siguientes medidas e índices: peso, talla e índice de masa corporal. Una vez recogidas las medidas

del paciente es necesario contrastarlas con los patrones de referencia, lo que puede hacerse mediante percentiles.

Posteriormente se entregó el cuestionario de evaluación familiar a los padres, en la sala de espera previa consentimiento informado, para su llenado y proporcionándole orientación a cada uno de ellos en caso de alguna duda.

Posteriormente se procedió a capturar y almacenar la información en una base de datos electrónica programa Excel y Epi info.

## 10. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

### Análisis estadístico

Toda vez que se tienen los datos almacenados en el programa señalado se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentajes y frecuencias) y de tendencia central (media). La información se presentó en tablas y gráficas.

### RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

#### Recursos materiales:

El estudio requiere de papel, impresiones, un computador personal y “software” para análisis, escritura del protocolo y sus informes, base de datos y gráficos.

Acceso a una línea telefónica para efectuar las llamadas a los candidatos y el costo de los pasajes de traslado.

#### Recursos Humanos

##### Los investigadores

El protocolo no requiere de erogaciones extraordinarias. Los gastos que se generen serán cubiertos por entero por el investigador responsable (Residente).

## 11. ASPECTOS ÉTICOS

Declaración de Helsinki aprobada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio del 1964 y en la 41ª Asamblea Mundial en septiembre de 1989, son recomendaciones para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki.

En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una Investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de Investigación documental y confidencial.

El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento ya que no se ve afectado en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. No se plantean estudios diagnósticos o



terapéuticos, sólo contestar un cuestionario. Por esta razón se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran del ISSEMYM.

Este trabajo se efectúa en exploración de indicadores antropométricos y de funcionalidad familiar, de índole rutinario en donde el investigador no tiene injerencia, siendo el trabajo observacional, retrospectivo y descriptivo.

El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de los datos individuales.

No se plantean estudios diagnósticos o terapéuticos, sólo contestar un cuestionario. Por esta razón se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar su consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Como los sujetos de la investigación son menores de edad, se obtiene consentimiento de padres o tutores. Una vez integrados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y sólo se hará por medio de un

número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o Publicaciones que pudieran resultar de este estudio.

Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requieran del ISSEMYN.

## 12. RESULTADOS

### RESULTADOS EN PORCIENTO EXCLUYENDO NO CONTESTADOS

nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

Calificación agresión y violencia	28.34	17.47	34.22	10.87	7.49
-----------------------------------	-------	-------	-------	-------	------

Calificación autonomía	6.55	5.82	27.07	27.07	32.82
------------------------	------	------	-------	-------	-------

Calificación cohesión	8.37	8.56	30.90	27.12	23.99
-----------------------	------	------	-------	-------	-------

Calificación comunicación afectiva	7.49	9.55	29.41	25.21	27.88
------------------------------------	------	------	-------	-------	-------

Calificación estructura del poder	6.68	3.21	14.44	15.51	57.49
-----------------------------------	------	------	-------	-------	-------

Calificación organización	9.41	9.30	30.16	27.49	22.35
---------------------------	------	------	-------	-------	-------

Calificación reglas	8.79	8.23	28.49	26.26	27.24
---------------------	------	------	-------	-------	-------

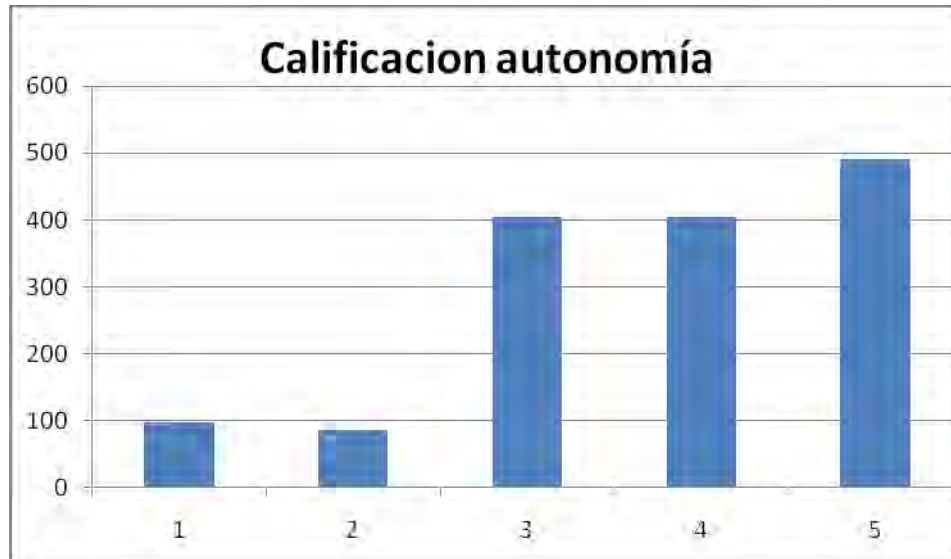
Calificación responsabilidad	7.22	5.61	32.89	28.21	25.13
------------------------------	------	------	-------	-------	-------

Calificación roles	7.59	4.49	19.04	14.76	51.87
--------------------	------	------	-------	-------	-------

<b>Calificación general</b>	<b>8.98</b>	<b>8.05</b>	<b>28.44</b>	<b>24.74</b>	<b>28.68</b>
-----------------------------	-------------	-------------	--------------	--------------	--------------

**RESULTADOS EN NUMEROS ABSOLUTOS EXCLUYENDO NO CONTESTADOS**

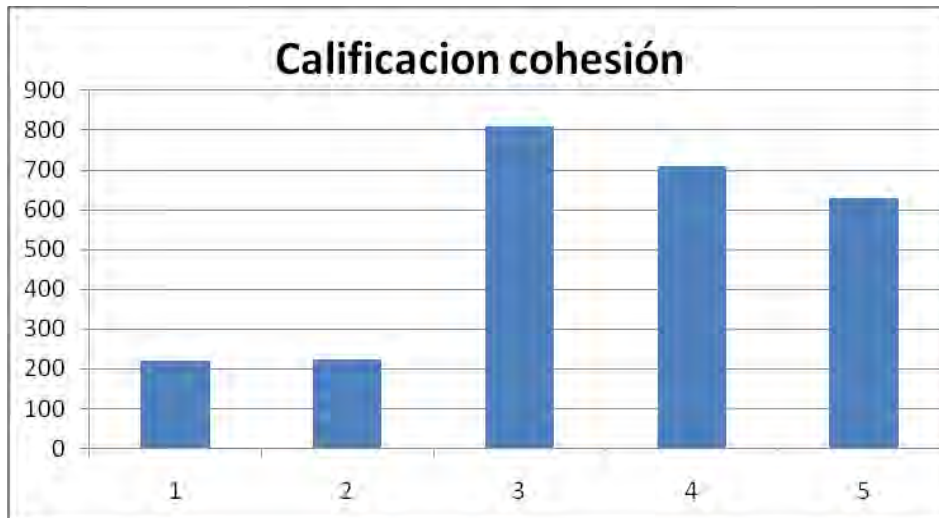
	<b>nunca</b>	<b>casi nunca</b>	<b>a veces</b>	<b>casi siempre</b>	<b>siempre</b>
<b>Calificación agresión y violencia</b>	<b>159</b>	<b>98</b>	<b>192</b>	<b>61</b>	<b>42</b>
<b>Calificación autonomía</b>	<b>98</b>	<b>87</b>	<b>405</b>	<b>405</b>	<b>491</b>
<b>Calificación cohesión</b>	<b>219</b>	<b>224</b>	<b>809</b>	<b>710</b>	<b>628</b>
<b>Calificación comunicación afectiva</b>	<b>98</b>	<b>125</b>	<b>385</b>	<b>330</b>	<b>365</b>
<b>Calificación estructura del poder</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>215</b>
<b>Calificación organización</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>282</b>	<b>257</b>	<b>209</b>
<b>Calificación reglas</b>	<b>296</b>	<b>277</b>	<b>959</b>	<b>884</b>	<b>917</b>
<b>Calificación responsabilidad</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>246</b>	<b>211</b>	<b>188</b>
<b>Calificación roles</b>	<b>71</b>	<b>42</b>	<b>178</b>	<b>138</b>	<b>485</b>
<b>Calificación general</b>	<b>1108</b>	<b>994</b>	<b>3510</b>	<b>3054</b>	<b>3540</b>



En este ámbito se pone de manifiesto en base a **8** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **59.89 %** indicando que hay respeto dentro de los miembros del núcleo familiar



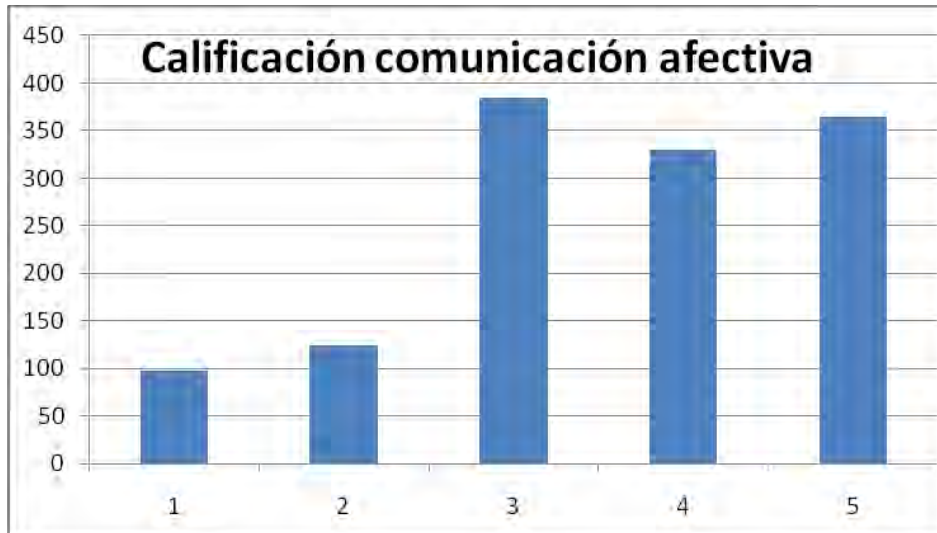
En este ámbito se pone de manifiesto en base a **5** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **49.84 %** indicando que hay organización medianamente aceptable dentro de los miembros del núcleo familiar



En este ámbito se pone de manifiesto en base a **12** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **51.11 %** indicando que hay cohesión en la mitad de los núcleos y miembros familiares



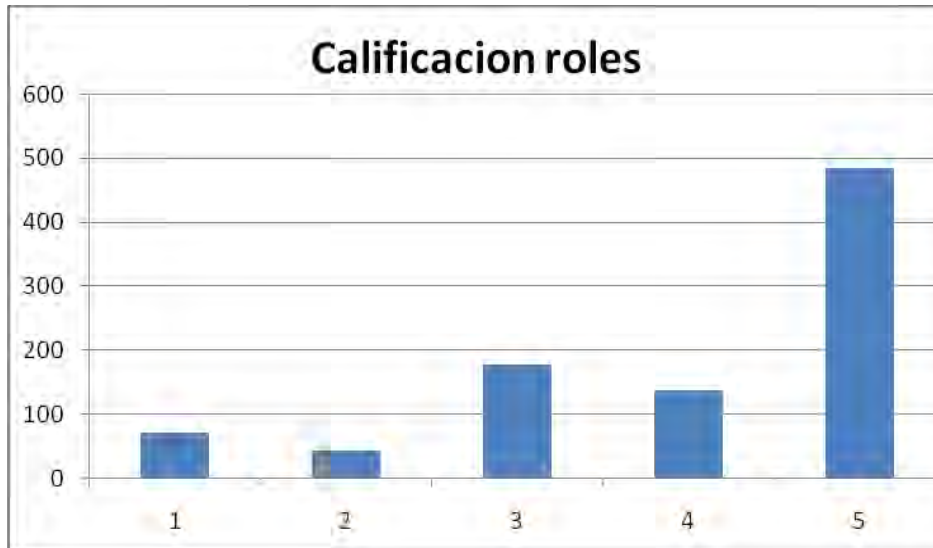
En este ámbito se pone de manifiesto en base a **2** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **72.99 %** indicando que está bien claro quien tiene el poder en casa, si hay respeto dentro de los miembros del núcleo familiar, Esta es la mejor calificación obtenida.



En este ámbito se pone de manifiesto en base a **7** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **53.09 %** indicando que hay afecto en la comunicación dentro de los miembros del núcleo familiar



En este ámbito se pone de manifiesto en base a **15** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **53.51 %** indicando que se siguen las reglas por de los miembros del núcleo familiar.

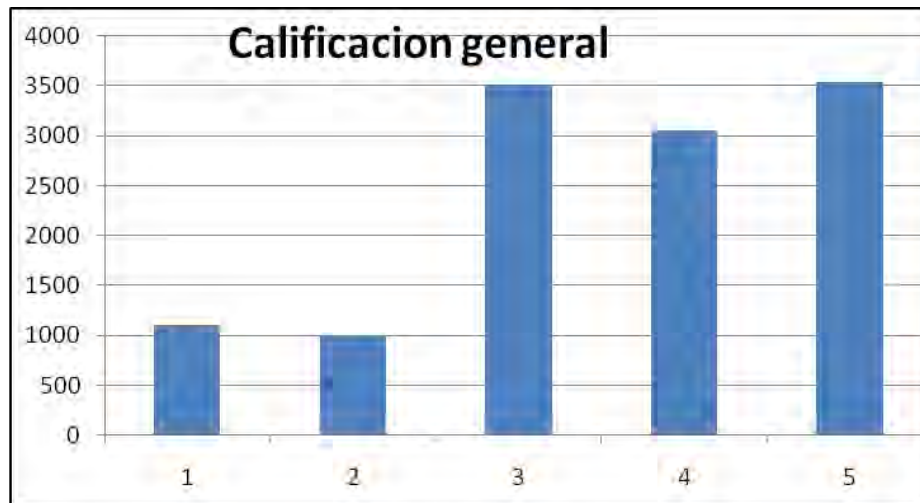


En este ámbito se pone de manifiesto en base a **5** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **66.63 %** indicando que hay respeto dentro de los miembros del núcleo familiar



En este ámbito se pone de manifiesto en base a **4** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **53.34 %** indicando que hay respeto dentro de los miembros del núcleo familiar





En este ámbito se pone de manifiesto en base a **66** preguntas específicas que hay respuestas de casi siempre y siempre en **53.43 %** indicando que hay apenas la mitad de las familias con funcionalidad aceptable

### 13. DISCUSION

Aunque todos los indicadores están por arriba del 50 por ciento, la realidad es que solo el ámbito de roles y estructura del poder son aceptables. Por otro lado es preocupante que uno de cada 5 entrevistados reconoce agresión y violencia intrafamiliar. En la literatura revisada, con el instrumento validado no se encontraron estudios similares.

Hay escasa información sobre trabajos publicados en donde se aplica el cuestionario de la Maestra-Psicóloga Alejandra Antolín Cárdenas, por lo que se recomienda la réplica del estudio en poblaciones similares o con otras características demográficas, para comprobar la validez externa del cuestionario. Los hallazgos son inquietantes porque muestran la funcionalidad familiar apenas y aceptable. Debe darse a conocer a los médicos familiares que existe este instrumento para efectuar diagnósticos familiares y actuar en consecuencia.

En este estudio se muestra que la autonomía, organización, cohesión, estructura de poder, comunicación afectiva, reglas, roles y responsabilidades promedia más de la mitad de lo deseado en estas funciones familiares. Es importante mencionar que la presencia de violencia se encuentra en una de cada cinco familias, lo que nos indica problemas a resolver.

Finalmente este es un estudio exploratorio donde no se manejaron variables para comparar como son el ser delgado, el número de hijos, en que lugar está el entrevistado entre los hermanos, y los recursos económicos con los que cuentan otras familias para determinar si existen factores de riesgo en los roles familiares que faciliten o obstaculicen la presencia de obesidad.

Se considera a este estudio como una punta de lanza para abrir líneas de investigación en los ámbitos familiares y en la obesidad.

## 14. CONCLUSIONES

A pesar de toda la información que existen en cuanto a este padecimiento de obesidad, en cuanto a los efectos de la enfermedad a largo plazo así como sus complicaciones crónicas, hay muy poca información escrita acerca de cómo estos niños perciben su propia enfermedad, su tratamiento y a su familia en relación con el padecimiento, y que tanto se puede ver afectado el funcionamiento familiar cuando presentan un cambio importante como familia, o son participes de una crisis para normativa. Al aplicar un método de funcionalidad familiar en una población donde uno de sus miembros padece una enfermedad biológica y social notamos algunos cambios en cuanto a su comportamiento como familia. Los siguientes parámetros se utilizaron para evaluar a las familias: reglas, autonomía, asertividad, cohesión, organización, roles, agresión y violencia, responsabilidad, comunicación afectiva y estructura del poder. Donde una vez evaluados pudimos observar que todas las familiar actúan sobrepasando la media en cuanto a sus funciones principales, siendo la más sobresaliente la estructura del poder en donde se tiene bien claro quien tiene el poder en casa. El buen funcionamiento familiar pone a prueba sus recursos y flexibilidad para adaptarse en algunas circunstancias, un ambiente agresivo para uno o varios integrantes, la vulnerabilidad o incapacidad física de alguno de sus miembros, el paso por una etapa crítica en su desarrollo dentro de ciclo vital familiar, la presencia de una organización familiar inadecuada y rígida. Una de las variables donde se valora la organización familiar observamos que hay organización medianamente aceptable dentro de los miembros del núcleo familiar pero en cuanto cohesión, afectividad, autonomía y responsabilidad sobre pasa la media. Y en

cuanto a reglas y roles esta por arriba del 60% lo que nos indica que a pesar de tener una crisis familiar pueden sobre llevarla bien si tenemos en cuenta que un poco más de la mitad de las familiar tiene una funcionalidad aceptable.

Es un hecho que en estos últimos años se presenta un reapunte del Medico Familiar como el único capaz de ver a la Familia y la salud física, como un conjunto, convirtiéndose en el líder en un equipo de salud. El Medico Familiar tendría que realizar medidas preventivas y capacitación en las aéreas donde menor supervisión puede haber en cuanto a la nutrición del paciente con tendencia a la obesidad, implementarse un tamizaje en las escuelas, guarderías etc. En tal caso fomentar los grupos de ayuda en las escuelas como puede ser un equipo multidisciplinario con el fin de detectar situaciones donde se observe el comportamiento y la dinámica de escolares en riesgo, con el compromiso de enviar a su unidad medica, Y adiestrar en el conocimiento de la Familia para llevar a cabo la detección de una disfunción familiar.

El Medico Familiar tendrá el compromiso de realizar una adecuada historia clínica, detectar factores de riesgo y aplicar el mejor instrumento para aplicar a las familias y detectar el grado de Funcionalidad Familiar, como experto en el conocimiento de estos instrumentos y determinar el grado de apoyo necesario, dentro del sistema familiar.

## 15. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- El Colegio de México. Comisión Nacional para la defensa del Idioma Español. Diccionario Fundamental del Español de México. 1982. Pág. 157.
2. - Nuevo Larousse Ilustrado. 1962. Pag. 289.
3. - Geocities.com
- 4.- Morgan LH. La sociedad primitiva. Investigaciones de las líneas del progreso humano. McMillan 1877.
- 5.- Diccionario de la Lengua Española. pág. 349. Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona 1967.
- 6.- UNESCO. Participación de las familias en la educación latinoamericana.
- 7.- Gutiérrez J. La familia nuclear. ¿Herencia de la revolución industrial? Instituto de Ciencias para la familia de la Universidad de Piura. Sep. 2006.
- 8.- Organización Mundial de la Familia. Vuelve la familia. Congreso Internacional de la Familia. ISBN 9788474902105.
- 9.- Gough K. Los nayar y la definición del matrimonio. El origen de la familia. 1974 Barcelona.
- 10.- Levi-Strauss C, Spiro ME, Gough K. Polémica sobre el origen y la universalidad de la Familia. 1974 Barcelona
- 11.- Palladino JP. La Familia nuclear, ¿Un modelo en crisis? Revista teína;(6):oct-dic 2004.
- 12.- Flaquer L, Giddens A. Sociología. Alianza. 2001.
- 13.- Minuchin S. Familia y terapia Familiar, Granica, Barcelona, 1977.
- 14.- ONUSIDA Estructuras familiares. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. XVI Conferencia Internacional de SIDA. 2005.
- 15.- Falicov C. Transiciones de la familia. Amorrortu, Buenos Aires, 1991.
- 16.- Viniestra I, Jiménez JL. Pérez Padilla JR, El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Revista Médica IMSS. (43):87-95 1991.
- 17.- Chávez V, Aguilar M. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de Medicina Familiar. Rev Med IMSS 40(6):477-81.2000

- 18.- Cabrera-Pivaral CE, Rodríguez-Pérez I, González-Pérez G, Ocampo-Barrios P, Amaya López C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México Salud Mental. (29):4:40-6 jul-ago 2006
- 19.- Vásquez-Garibay EM, et al. Guía para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en pediatría. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007;45(2):137-86
- 20.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública. 2006
- 21.- González RJ, Vázquez GE, Sánchez E. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria.
- 22.- Zapata-Gallardo JN, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, sep. /oct2007 (64):295-301
- 23.- Dias-Encinas D, Enríquez-Sandoval DR. Obesidad infantil, ansiedad y familia. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora, 2007, (24):22-6
- 24.- OMS. Centro de Prensa. Infobase mundial de la OMS.
- 25.- OMS. Centro de Prensa. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo.
- 26.- Castro-Duménigo EA, Bermúdez- Muñoz G, De la Teja-Matagriga I, Gómez-López LM, Castillo Bermúdez J. Factores predisponentes a la obesidad infantil. Medicentro Electrónica, 2002, (6):58-63
- 27.- Whitaker RC, Wrigth JA, Pepe SM, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med 1997; 337:869-73
28. - Fuentes RM, Norkola Shemeikka S, Tuomilehto J, Nissinen A. Familial aggregation on body mass index. A population-based family study in Eastern Finland. Horm Metab Res 2002,34:406-10
- 29.- Olivares S, Kain J, Lera L, Pizarro F, Vio F, Morón C. Nutritional status, food consumption and physical activity among Chilean school children: a descriptive study. Eur J Clin Nutr 2004;58:1278-85
- 30.- Barrientos-Pérez M, Flores-Huerta S. ¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Boletín Médico del Hospital Infantil de México, nov./dic2008, (65):639-51
- 31.- López-Alarcón MG, Rodríguez-Cruz M. Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, nov./dic2008, (65):421-30
- 32.- Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Jones E, Guzmán-González V. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. Boletín Médico del Hospital Infantil de México nov./dic. 2007, (64):362-69

- 33.- Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28:2-9.
- 34.- Lobstein T, Laur L & Uauy R. Obesity trends in Latin America. Transiting from under – to overweight. *J. Nutr* 2001;131:893-9
- 35.- Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P & Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behavior. The Swedish Young Male Study. *Am J Clin Nutr* 2005;81:564-9.
- 36.- Breen FM, Plomin R, Wardle J. Heritability of food preferences in young children. *Physiol Behav* 2006;88:443-7
- 37.- Nájera-Medina O, González-Torres MC, Cruz-Rodríguez L, Victorino-Hipólito C. Sobrepeso y obesidad en población adulta de dos centros comunitarios de la Ciudad de México, *Revista Biomédica*, sep-dic2007, (18):154-60
- 38.- Guevara CR. Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos, económicos, sociales y culturales. *Pediátrica* 2006;8(6):77-84.
- 39.- Garduño-Espinoza J, Morales-Cisneros G, Martínez-Valverde S, Contreras-Hernández I, Flores-Huerta S, Granados-García V, Rodríguez-Ortega E, Muñoz-Hernández O. Una mirada de los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana III. Carga económica y en salud de la obesidad de niños mexicanos. Proyecciones de largo plazo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, jan/feb. 2008, (65):49-56
- 40.- Marcos-Dacarett NJ, Núñez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Santos- Ayarzagoytia M, Decanini Arcaute H. Obesidad como factor de riesgo para trastornos metabólicos en adolescentes mexicanos, 2005. *Revista de Salud Pública*, 2007, (9):189-93
- 41.- Novaes JF, Castro FS, Priore SE. Exceso de peso materno, límite constante puesto por los padres de alimentos y merienda frecuente como factores de riesgo para la obesidad entre niños en Brasil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, sep2008, (58):256-64
- 42.- Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, sep2008, (58):249-55
- 43.- Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, López-Navarrete GE, Jordán-González N, Trejo-Hernández J. Negligencia o pobreza. El sobre diagnóstico del maltrato al menor. *Acta pediátrica de México*, sep./oct. 2007, (28):193-97
- 44.- Wardle J, Eating behaviors and obesity. *Obes Rev* 2007;8:73-5.
- 45.- Rodríguez-Rossi R. La obesidad infantil y los efectos de los medios de comunicación. *Investigación en Salud*. ago2006, (8):95-8
- 46.- Romero-Velarde E, Vásquez- Garibay EM, La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, nov./dic. 2008, (65):519-27

- 47.- Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J AM Coll Nutr* 2005;24:83-92.
- 48.- Clark HR, Goyder E, Bissel P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviors influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Public Health (Oxf.)*2007;29:132-41.
- 49.- Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. *Am J Clin Nutr*2002;75: 581-6
- 50.- Kral T, Faith M. Child eating patterns and weight regulation: a developmental behavior genetics framework. *Acta Paediatr*2007;48:234-40.
- 51.- Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. "Just tree more bites" An observational patterns' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*207;48:37-45.
- 52.- Ramírez-López E, Grijalva-Haro MI, Valencia ME, Ponce JA, Artalejo E. Impacto de un programa de desayunos escolares en la prevalencia de obesidad y factores de riesgo cardiovascular en niños sonorenses. *Salud Pública de México* (47)126-33 marzo-abril 2005
- 53.- Licea Puig ME, Tejido, Mirelkis Bustamante, Pérez ML. Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes; aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos. *Revista Cubana de Endocrinología*, ene-mar2008 (19):1-21
- 54.- Lomelí C, et al. Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente. *Archivos de Cardiología de México*, abri-jun2008, Supple 2 (78):82-93
- 55.- Jiménez-Cruz A, Castellón-Zaragoza AM, García-Gallardo JL, Bacardí-Gascón M, Hovell MF. Strong beliefs on personal responsibilities and negative attitudes towards the child with obesity among teachers and parents. *Revista Biomédica*, may-ago2008, (19):84,91
- 56.- Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Jones E, Guzmán-González V. Alta prevalencia de obesidad y obesidad en niños escolares entre 6 y 12 años de edad *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007;64(6):362-9
- 57.- García-Castillo B. IMSS. México, primer lugar en niños con obesidad: IMSS *Revista Opción* 16 oct. 2008
- 58.- Dias-Encinas DS, Enríquez-Sandoval DR. Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*;2007 vol. 24(1):22-6
- 59.- Suárez Moreno R. Abatir obesidad infantil, prioridad en sector salud. *Boletín periodístico*. Contenido 2010 Febrero.
- 60.- Bustos P, Muñoz S, Vargas C, Amigo H. Pobreza y procedencia indígena como factores de riesgo nutricionales los niños que ingresan a la escuela. *Salud Pública de México* may2009;51(3):187-93



- 61.- Fuentes ML. 2010: expectativas de la pobreza en México. Revista Vanguardia 17 de enero de 2010.
- 62.- Hernández-Licona G. Pobreza multidimensional, nueva concepción para medir situación poblacional. El Observador Diario. 28 de febrero de 2010
- 63.- Castro R. Cinturones de pobreza en México. Fuente Noticieros Televisa sep2004.
- 64.- Reyes-Morales H, Gómez-Dántes H, Torres Arreola LP, Tomé Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, Gutiérrez-Trujillo G. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Revista Panamericana de Salud Pública Apr2009;25(4)328-36
- 65.- Escalante-Izeta E, Bonvecchio A, Théodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera Dommarco JA. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimentario del Programa Oportunidades Salud Publica de México jul./ago. 2008;50(4):316-24
- 66.- Ramírez-Mayans JA, García-Campos M, Cervantes-Bustamante R. Mata-Rivera N, Zárate-Mondragón F, et al. Transición alimentaria en México. A An Pediatr 2003;58(6):568-73.
- 67.- Dias-Encinas DS, Enríquez-Sandoval DR. Obesidad infantil, ansiedad y familia. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora;2007 vol. 24(1):22-6
- 68.- Antolín-Cárdenas A. Tesis Doctoral. Instituto de Terapia Familiar (CENCALLI) Conacyt reg. 5431. México 2007

# 16. ANEXOS

## ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD

Maestra-Psicóloga Alejandra Antolín Cárdenas

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación de mamá: \_\_\_\_\_ Escolaridad de mamá: \_\_\_\_\_

Ocupación de papá: \_\_\_\_\_ Escolaridad de papá: \_\_\_\_\_

Tus padres viven

a) juntos    b) separados o divorciados    c) murió alguno    d) Otro \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación, lee cuidadosamente cada oración y marca con una **X** la respuesta que pienses se da más en tu casa. Ejemplo.

**En mi familia hay la confianza para decirnos cuánto nos queremos**

	C		C	
	A	A	A	S
	S	V	S	E
	I	E	S	M
	N	C	E	P
	U	E	M	R
	N	C	P	E
	C	S	R	
	A		E	

Es importante aclararte que en estas oraciones no hay respuestas correctas o incorrectas, sino lo que tú crees que pasa en tu familia. El cuestionario es confidencial (nadie sabrá que tu lo contestaste).

Si ya estás preparado, entonces da la vuelta a la hoja y danos tus respuestas.....

**INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR PARA NIÑOS  
DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD (IEFFN)**

REACTIVOS		N U N C A	CA SI  N U N C A	A V E C E S	CA SI S I E M P R E	S I E M P R E
	En mi familia hay la confianza para decirnos cuánto nos queremos					
	Cuando tengo un problema en la escuela mis papás me ayudan					
	Entre los miembros de mi familia nos contamos lo que hicimos durante el día					
	A todos nos toca hacer algo de quehacer					
	Mi familia me apoya cuando quiero obtener algo que me gusta					
	En mi casa todos hacemos el mismo número de quehaceres					
	En mi familia mi papá manda					
	Mi mamá cocina para la familia					
	En mi familia nos gusta divertirnos juntos					
	Yo le platico a mis papás lo que hago en la escuela					
1-	Mis papás me dan tarea que puedo realizar					
2-	Mis papás me dicen que me quieren					
3-	En mi familia nos llevamos bien					
4-	Si alguien de la familia se enoja le damos tiempo a que se le pase porque lo entendemos					

	REACTIVOS	N U N C A	CA SI N U N C A	A V E C E S	CA SI S I E M P R E	S I E M P R E
5-	En mi familia sabemos quién manda (papá o mamá)					
6-	En mi familia nos hacemos cariños y nos decimos que nos queremos					
7-	En mi familia me dan tareas que puedo realizar fácilmente					
8-	Cada uno de nosotros hace el quehacer que le toca					
9-	En la familia si tomamos algo lo ponemos en su lugar cuando lo desocupamos					
10-	Si mis padres me ordenan algo lo cumplo					
11-	En la casa nos decimos las cosas que nos hacen falta en la escuela o casa					
12-	En mi familia nos gusta compartir los juegos					
13-	En la casa si alguien se enoja se desquita con el que lo hizo enojar					
14-	Para poder ir a una fiesta tengo que pedir permiso a mis padres					
15-	Las obligaciones dentro de la casa quedan claras para cada quién					
16-	Si quiero ayudar en algo, lo hago					
17-	Mis hermanos y yo nos llevamos muy bien con mis papás					
18-	En mi familia nos decimos las cosas de frente, directamente					
19-	En mi familia hacemos actividades juntos					
20-	Es importante llegar temprano a todos lados					

	REACTIVOS	N U N C A	CA SI N U N C A	A V E C E S	CA SI S I E M P R E	S I E M P R E
21	Cuando alguien de mi familia tiene un problema buscamos entre todos la solución					
22	Cuando alguien en mi familia dice lo que siente se le escucha					
23	En mi familia mis papás me enseñan a cuidarme del peligro					
24	Mi mamá se encarga de cuidarnos cuando estamos enfermos					
25	En mi casa cada uno se responsabiliza de hacer sus cosas					
26	Si le digo a mis padres o hermanos que estoy molesto me comprenden					
27	En mi familia nos gusta ser libres					
28	En mi familia platicamos y paseamos					
29	En mi familia cada quien hace su quehacer					
30	Tengo un horario para dormir de lunes a viernes					
31	En mi casa nos ayudamos entre sí					
32	En mi familia nos gusta hablar para ponernos de acuerdo antes de hacer algo					
33	Mi mamá y mi papá me piden mi opinión cuando hay que decidir algo importante					
34	Las tareas domésticas van de acuerdo a lo que puedo hacer					
35	En mi familia podemos decir si estamos tristes					

	REACTIVOS	N U N C A	CA SI N U N C A	A V E C E S	CA SI S I E M P R E	S I E M P R E
36	Solo mi papá es el que decide a donde pasear					
37	En mi familia nos gustan las mismas cosas					
38	Si yo me niego a hacer algo, mi familia me respeta					
39	Cuando tomo mis propias decisiones mi familia me las respeta					
40	En mi familia disfrutamos juntos el tiempo libre					
41	En casa somos muy cariñosos					
42	En mi familia nos enseñan cómo hacer los quehaceres					
43	En nuestra familia cada año vamos de vacaciones					
44	Cuando hay problemas económicos lo hablamos en la familia					
45	En mi familia alguien se pelea frecuentemente					
46	En mi familia nos gusta salir al campo					
47	Yo puedo decir dónde quiero ir a pasear					
48	Mi mamá es la que nos da permiso de jugar cuando acabamos las tareas					
49	En la familia tenemos horarios para realizar las actividades					
50	Con mis hermanos me peleo					
51	Solo podemos ver la televisión cuando terminamos nuestras tareas					

	REACTIVOS	N U N C A	CA SI N U N C A	A V E C E S	CA SI S I E M P R E	S I E M P R E
52	Si mis padres quieren salir a pasear salimos					
53	Mi papá trabaja para mantenernos					
54	En mi familia comemos juntos					
55	Debemos obedecer a nuestros padres					
56	Si alguien de la familia tiene algún plan, se le permite que lo haga					