



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES OBESOS
QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**DRA. EDNA SHIRLENE PETO TOY
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VLCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL
ASESOR CLÍNICO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CD. DE MÉXICO, D. F. MARZO 2014.
NUM. DE REGISTRO:**



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 PACIENTES ADOLESCENTES OBESOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Peto Toy Edna Shirlene¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto². Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Ana Gloria Toro Fontanell⁴

¹. Residente segundo año Medicina Familiar, HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

². Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

³. Médico Familiar Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴. Médico Familiar adscrito a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes obesos en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF#8 del IMSS.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de investigación: Prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo. Criterios de inclusión: Ambos sexos, derechohabiente del IMSS, 10-19 años de edad, IMC>30. Criterios de exclusión: pacientes que no deseen participar, que no firmen el consentimiento informado, cuestionarios incompletos, con padecimientos psiquiátricos, coeficiente intelectual que imposibilite responder el cuestionario, analfabetas. Tamaño de la muestra: 228 pacientes, intervalo de confianza: 90%, proporción 0.30, amplitud total del intervalo de confianza 0.10. Variables: edad, sexo, IMC. Se utilizó el cuestionario de Emma Espejel. Variables: puntaje global, autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conductas disruptivas, comunicación, afectos, recursos, tipología familiar, ciclo vital familiar.

RESULTADOS

Se estudió 228 pacientes, predominio de sexo femenino 130 (57%) y masculino 98 (43%) pacientes. Media de edad 14.6 años, valor mínimo 10 años y valor máximo 19 años, moda 13 años, mediana 15 años y desviación estándar 2.560 años. Se encontró 216 (94.7%) pacientes con funcionalidad familiar sin alteraciones y 12 (5.3%) pacientes con disfunción familiar. En cuanto a la tipología familiar más frecuente encontrada fue nuclear simple con el 66%. El ciclo vital que más se observó fue en etapa de expansión con el 68.4%.

CONCLUSIONES

Los pacientes adolescentes obesos que asisten a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF#8 tienen 94.7% de funcionalidad familiar no alterada, lo cual nos indica que no hay una relación entre disfunción familiar y obesidad.

PALABRAS CLAVE: adolescencia, obesidad, funcionalidad familiar.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ADOLESCENTES OBESOS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR CLINICO

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE	PÁGINA
1. Marco teórico	8
2. Planteamiento del problema	14
3. Justificación	14
4. Objetivos	15
5. Hipótesis	15
6. Material y métodos	16
7. Diseño de la investigación	17
8. Población, ubicación temporal y espacial	18
9. Muestra	19
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	20
11. Variables	20
12. Diseño estadístico	26
13. Instrumento de recolección	26
14. Métodos de recolección de datos	27
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos	28
16. Cronograma	30
17. Recursos materiales y humanos	31
18. Consideraciones éticas	32
19. Resultados	33
20. Discusión	58
21. Conclusiones	60
22. Bibliografía	62
23. Anexos	64

MARCO TEÓRICO

La obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja, tiene múltiples factores predisponentes como los genéticos, metabólicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales. Se caracteriza por el aumento de peso corporal debido a la acumulación de grasa en el organismo y se presenta en cualquier nivel socioeconómico, es un problema muy frecuente en niños y adolescentes que puede mantenerse hasta la vida adulta.⁽¹⁾

La medición más utilizada para determinar el estado nutricional en que se encuentra una persona es el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC fue creado por el estadístico belga Adolphe J. Quetelet alrededor de 1835 y consta de dividir el peso de la persona entre la talla (estatura), elevada al cuadrado. Según el IMC se clasifica entre 25 y 29,9 es sobrepeso, mayor o igual a 30 es obesidad, IMC mayor a 40 es la obesidad clínicamente grave o mórbida.⁽²⁾

La prevalencia de obesidad juvenil e infantil está en aumento tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. La obesidad infantil es un importante factor predisponente de la obesidad en la edad adulta. Los perfiles de riesgo metabólico y cardiovascular tienden a persistir de la infancia a la madurez, dando como resultado un elevado riesgo de complicaciones en la salud y de mortalidad prematura. En México, la prevalencia de la obesidad en adolescentes es del 31%.⁽³⁾

La adolescencia es un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Ellos van cambiando su estructura corporal y mental, su imagen corporal está estrechamente relacionada con su peso por lo que una importante ganancia de peso, que significaría presentar obesidad o sobrepeso, se acompaña de insatisfacción corporal de parte del adolescente. En consecuencia, la vida social también se ve afectada, puesto que muchas veces son más vulnerables a la discriminación, las críticas o el rechazo. Durante la etapa de adolescencia se acentúa el desarrollo del autoconcepto, las competencias, las habilidades sociales, el autoestima, valorizan la imagen corporal y es crucial para su vida futura, es por ello que al generar un malestar psicológico y emocional, se podría considerar como un predictor de la aparición de problemas psicológicos, tanto durante la adolescencia como en la vida adulta.⁽⁴⁾

La adolescencia es una etapa de la vida situada entre el comienzo de la pubertad y el momento en que se adopta un estatus de adulto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años.⁽⁵⁾

La adolescencia provoca un cambio en el ciclo vital familiar que, aunque sea normal, puede propiciar un desequilibrio en el sistema familiar hasta que se consiga la adaptación a este cambio, en el que el origen tiene que ver con las tareas de desarrollo del adolescente.⁽⁶⁾

Por su parte, las relaciones entre los diferentes subsistemas familiares adquieren una gran complejidad provocada por la búsqueda de mayor autonomía e independencia por parte del adolescente, así como del inicio de su socialización mediante el grupo de amigos.⁽⁷⁾

Es vital que la familia varíe los roles y las normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. En este contexto, diversos autores indican que la familia tradicional nuclear sería la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas, mientras que otras estructuras familiares soportarían peor los cambios, aunque estudios recientes muestran resultados diferentes.⁽⁸⁾

Existe relativamente poca información sobre las relaciones existentes entre la obesidad infantojuvenil y los factores psicosociales. Los adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. Socialmente suelen estar aislados y tienen menos amigos que los no obesos, estableciéndose un círculo vicioso entre depresión y pérdida de la autoestima con problemas de integración social. Está comprobado que las personas muestran actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso u obesidad. La obesidad se ha transformado en el estigma que hoy define al obeso como sujeto sin control, que ha perdido su autoestima, lo cual conlleva una visión negativa de sí mismo y la percepción de que es rechazado por los demás.⁽⁹⁾

La sociedad forma estereotipos, donde no sólo se ven involucrados los grupos pares sino también la influencia familiar, que en muchas ocasiones provoca preocupación por la apariencia física “elemento corporal y el peso” lo que agrava la situación del adolescente.⁽¹⁰⁾

En las personas que presentan obesidad se ve afectada la salud física, mental y social; por tener mayor riesgo a padecer enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, entre otras cardiovasculares, problemas de relación, víctimas de discriminación, depresión, baja autoestima, etc.⁽¹¹⁾

La familia es un sistema abierto constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique, se le considera como la unidad de análisis de la medicina familiar. Una familia es mucho más que la suma de todas sus partes, por ello, los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. En la familia existe una interacción constante entre cada uno de sus miembros y los sistemas extra

familiares. La familia tiende a funcionar como un sistema completo, por lo que el comportamiento de cada uno de sus miembros tiende a influenciar y estimular a los demás. Un cambio en el comportamiento de uno de ellos, produce cambios en los demás miembros.⁽¹²⁾

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. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.⁽¹³⁾

Los criterios para funcionalidad familiar incluyen la comunicación que debe ser clara, directa, específica, congruente e individualidad es decir que sus miembros tengan autonomía respetada e indiferencias toleradas en la toma de decisiones, es decir buscar la solución más apropiada para cada problema y por último, la reacción a los eventos críticos, esto significa ser flexible para adaptarse a las demandas exigentes. ⁽¹⁴⁾

Las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales, que comparten riesgos para la salud y la enfermedad, podrían enmarcarse con la clasificación según De la Revilla modificada por Márquez en nuclear: formada por dos individuos distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio de la cual se desprenden la nuclear simple: formada por los cónyuges y menos de 4 hijos; nuclear numerosa: en la que conviven 4 o más hijos con sus padres; nuclear ampliada: integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico); binuclear: familias en las que uno de los cónyuges o ambos están divorciados conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores; extensa: es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones, suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados; monoparental: constituida por un solo cónyuge y sus hijos; sin familia: esta familia contempla no sólo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos y los equivalentes familiares: individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc. ⁽¹⁵⁾

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. La familia funcional son familias cuyas

relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica; son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. En una familia existen reglas. Los miembros de la familia crean sus propias reglas. Estas reglas deben de ser adaptadas y transformadas de acuerdo al desarrollo y cambio de sus miembros, por ejemplo, cuando los hijos son pequeños y cuando los hijos crecen. Una familia funcional puede tener esta capacidad sin temor a la desintegración. Una familia disfuncional va a mantener estas reglas de una manera rígida y poco flexible. Es importante entonces que una familia tenga la capacidad de cambio. Existen una serie de patrones transaccionales que van desde patrones simbióticos, en donde no existe la menor separación de los miembros, a patrones desintegrados en donde no se observa el menor interés por parte de sus miembros.(16)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital y se caracteriza por diez aspectos primordiales como son: un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas. La estabilidad y la unidad familiar se ven amenazadas cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte. El sano funcionamiento familiar es reconocer las crisis. Existen dos tipos de crisis, las normativas y las paranormativas. Las normativas son situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, es decir son cambios obligados y, las paranormativas son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia, es decir, las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento. Los eventos críticos familiares incluyen las crisis que se definen como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.(17)

La tipología familiar es un término que engloba el conocimiento de determinadas composiciones familiares que permiten identificar los miembros de una familia según lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto, así como desde el punto de vista de su desarrollo social, al igual que basada en el tipo de ocupación del jefe de familia, su integración o demografía, que nos permiten hacer un estudio integral de la familia para realizar un diagnóstico estructural y funcional, para lo cual es necesario partir de conceptos estructurales y funcionales, ambas construcciones conceptuales expresadas como unidad inseparable, ya que una determina a la otra. (18)

La satisfacción familiar es definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, que resume la calidad de vida de un individuo. Esta se correlaciona positivamente con el sentido de la vida del ser humano y el bienestar psicológico. La satisfacción familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.⁽¹⁹⁾

El instrumento que se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes obesos es la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel (1997), la cual tiene un fundamento conceptual apoyado por el modelo sistémico. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios realizados con población mexicana y latinoamericana. Dicha escala fue validada en 1987 como un instrumento cuanti-cualitativo por jueces de la UNAM. Alcanzó una confiabilidad de 0.91 con la prueba Alfa Cronbach de consistencia interna con los reactivos, lo cual es aceptable para este tipo de instrumentos. Fue aprobada en 1997 por el IFAC (Instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, siendo también aceptada por la Federación Mexicana de Salud Mental. Tiene su origen en el año de 1981 cuando el departamento de área clínica de la facultad de psicología de la UNAM a cargo, del Dr. Julian Mc Gregor y Sánchez Navarro invitaron a la Dra. Emma Espejel a participar en una investigación comunitaria, en la colonia Ruiz Cortines de la zona sur del Distrito Federal. Se diseñó como una forma de evaluación sistémica de los 80 miembros de las familias de esta comunidad en colaboración con otros investigadores. Se elaboró un banco de preguntas pertenecientes a la exploración de cada una de las áreas de la familia que incluían: jerarquía, límites, modo de control de conducta, autonomía-dependencia, alianzas, territorio, centralidad, geografía y áreas de psicopatología. De este banco de reactivos se escogieron 8 para cada área, mismos que fueron validados por cinco terapeutas familiares del instituto de la familia por medio de una escala de Lickert. Los resultados obtenidos arrojaron una confiabilidad de 0.88. Sin embargo dicho cuestionario tardaba en ser realizado a todos los miembros de la familia o a la mitad en un tiempo de 2 horas, posteriormente se realizaron más investigaciones en el área norte y metropolitana de la ciudad de México para poder perfeccionar dicho cuestionario. Siendo objeto de tesis en maestría en el área de psicología clínica de la facultad de psicología de la UNAM, después de aplicarse a una muestra poblacional heterogénea de 60 familias y a una muestra de 26 familias clínicas y 24 no clínicas es decir, con y sin patología, obteniendo así la escala de funcionamiento familiar, la cual consta de 40 ítems, con buena discriminación y consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0.91. Contiene el análisis de 9 factores principales a los cuales subyacen las áreas originales de la estructura y dinámica de la familia, los cuales son: autoridad y organización familiar, control y orden, supervisión, afecto positivo y valores, apoyo, manejo de conductas disruptivas, comunicación, afecto negativo (enojo no malestar) movilización de recursos (implica flexibilidad). Además se expresa un familiograma, datos sociodemográficos y económicos de la vivienda y un espacio para observaciones. Las características de la escala de calificación son las

siguientes: cada reactivo se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma y la tipología familiar. La escala evalúa la estructura familiar, es decir, la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía.⁽²⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes con obesidad que asisten a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No. 8?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la obesidad es un problema de salud pública que afecta a millones de personas a nivel mundial y que engloba a todas las edades, se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia, considerada esta una etapa de riesgo donde ocurren cambios a nivel físico y psicológicos. La obesidad repercute negativamente en estas dos áreas; los adolescentes, debido a la importancia que le brindan a su imagen corporal, están predispuestos a presentar baja autoestima y otros trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, todos estos factores perjudican a nivel de la familia, contribuyendo en la interrelación entre sus miembros, de ahí la importancia de hacer este estudio, para conocer de qué manera influye esta condición del adolescente en su entorno familiar en los pacientes de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8.

La importancia de esta investigación radica en que en base a los resultados se podrán establecer en un futuro las posibles redes de apoyo tanto institucionales como familiares que se les puede brindar a estos pacientes, en conjunto con un tratamiento multidisciplinario.

El siguiente trabajo plantea conocer la funcionalidad actual de la familia utilizando el instrumento de evaluación de Emma Espejel, que es un instrumento validado, con buen nivel de confiabilidad.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes obesos en la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8.

HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes:

HIPÓTESIS NULA (H0):

En pacientes adolescentes obesos tratados en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no. 8 la funcionalidad familiar **no se encuentra alterada.**

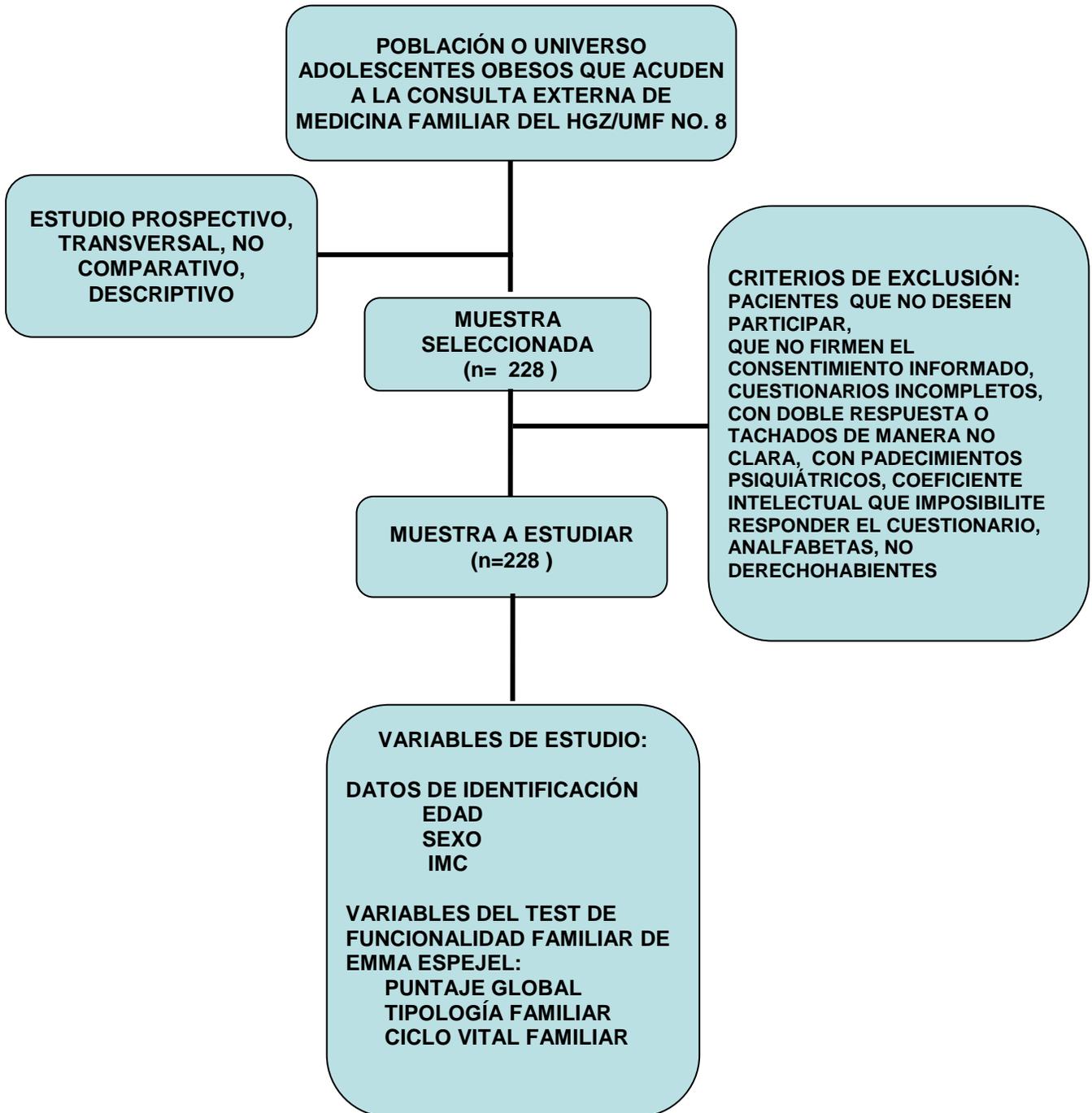
HIPÓTESIS ALTERNA (H1):

En pacientes adolescentes obesos tratados en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no. 8 la funcionalidad familiar **se encuentra alterada.**

MATERIALES Y MÉTODOS

- Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- Tipo de estudio según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- Tipo de estudio según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- Tipo de estudio según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: PETO TOY EDNA SHIRLENE

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó a pacientes adolescentes obesos del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no. 8, localizado en la colonia Tizapán, San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, en el Distrito Federal, la cual es una población urbana, se realizó el estudio del 2012 al 2014.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica para una población según su prevalencia será de 228 pacientes con un intervalo de confianza del 90%, con una proporción del 0.30 y una amplitud total de intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N= Número total de individuos requeridos

n= Tamaño muestral

Z alfa = Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa= 0.05 y 2.58 para alfa = 0.01

P = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

i= Error que se prevé cometer

q= 1-P

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 (N) (P) (q)}{i^2 (N-1) + Z^2 (P) (q)}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adolescentes de 10 a 19 años.
- IMC mayor o igual a los rangos de obesidad esperados para la edad y sexo de acuerdo a las tablas de la CDC.
- Sin distinción de sexos.
- Derechohabiente del IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Analfabetas o con coeficiente intelectual que imposibilite responder el cuestionario.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes quienes no contesten de manera indicada el cuestionario.
- Pacientes quienes entreguen cuestionarios incompletos.
- Pacientes quienes entreguen cuestionarios tachados o no claros.

VARIABLES

LISTA DE VARIABLES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- 1) Edad del paciente
- 2) Sexo del paciente
- 3) IMC del paciente

VARIABLES DEL TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL

1. Puntaje global de funcionalidad
 - Autoridad
 - Control
 - Supervisión
 - Afecto
 - Apoyo
 - Conductas disruptivas
 - Comunicación
 - Afecto negativo
 - Recurso
2. Tipología familiar
3. Ciclo vital familiar

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: **Adolescentes obesos**

Variable dependiente: **Funcionalidad familiar**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

ADOLESCENCIA: Etapa del ser humano que comprende de los 10 a los 19 años de edad y que comprende cambios físicos, psicológicos y sociales.

OBESIDAD: IMC mayor o igual a los rangos de obesidad esperados para la edad y sexo de acuerdo a las tablas de la CDC.

EDAD: Número de años cumplidos.

SEXO: El género de un individuo.

IMC: Es la relación del peso expresado en kilos entre la talla, expresada en metros y elevada al cuadrado.

PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD: Resultado de la sumatoria resultante de la escala de funcionalidad familiar de Emma Espejel.

AUTORIDAD: Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

CONTROL: Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control y conducta. Considera como funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

SUPERVISIÓN: Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de las normas y comportamiento.

AFECTO: Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.

APOYO: Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

CONDUCTAS DISTUPTIVAS: Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.

COMUNICACIÓN: Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.

AFECTO NEGATIVO: Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

RECURSO: Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

TIPOLOGÍA FAMILIAR: Es la identificación y clasificación de los elementos que integran a la familia, ubicándola en un contexto determinado.

CICLO VITAL FAMILIAR: Concepto ordenador que permite entender la evolución secuencial de las familias y las crisis normativas por las que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS**

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valor
EDAD	Cuantitativa	Discreta	Años
SEXO	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino
IMC	Cualitativa	Nominal	M ² SC: 1.Normal:18-24.9 2.Sobrepeso:25-29.9 3.Obesidad:>30
CLASIFICACIÓN DE LA CDC	Cualitativa	Nominal	M ² SC: Niños 1.Obesidad I: 22-25 2.Obesidad II: 25.1-28.9 3.Obesidad III: 29 o más Niñas 4.Obesidad I: 22.9 – 26.2 5.Obesidad II: 26.3 – 29.9 6.Obesidad III: 30 o más

ELABORÓ: PETO TOY EDNA SHIRLENE

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES
DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL**

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valor
AUTORIDAD	Cualitativa	Ordinal	1.<33 Disfuncional 2.≥33 Funcional
ORDEN	Cualitativa	Ordinal	1.<25 Disfuncional 2.≥25 Funcional
SUPERVISIÓN	Cualitativa	Ordinal	1.<14 Disfuncional 2.≥14 Funcional
AFECTO	Cualitativa	Ordinal	1.<21 Disfuncional 2.≥21 Funcional
APOYO	Cualitativa	Ordinal	1.<16 Disfuncional 2.≥16 Funcional
CONDUCTAS DISTUPTIVAS	Cualitativa	Ordinal	1.<23 Disfuncional 2.≥23 Funcional
COMUNICACIÓN	Cualitativa	Ordinal	1.<30 Disfuncional 2.≥30 Funcional
AFECTO NEGATIVO	Cualitativa	Ordinal	1.<13 Disfuncional 2.≥13 Funcional
RECURSO	Cualitativa	Ordinal	1.<20 Disfuncional 2.≥20 Funcional
PUNTAJE GLOBAL DEL TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL	Cualitativa	Ordinal	1.<132 Familia disfuncional 2.≥132 Familia funcional

ELABORÓ: PETO TOY EDNA SHIRLENE

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DE FAMILIA

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valor
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	PRCAMF, 2005: 1.Nuclear 2.Nuclear simple 3.Nuclear numerosa 4.Reconstruida 5.Monoparental 6.Monoparental extendida 7.Monoparental extendida compuesta 8.Extensa 9.Extensa compuesta 10.No parental
CICLO VITAL FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	Clasificación de Geyman: 1.E. Matrimonio 2.E. Expansión 3. E. Dispersión 4. Etapa de Independencia 5. Etapa de Retiro y muerte

ELABORÓ: PETO TOY EDNA SHIRLENE

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de frecuencia y porcentajes para variables cualitativas, se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El instrumento que se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes adolescentes obesos es la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel (1997), la cual tiene un fundamento conceptual apoyado por el modelo sistémico. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios realizados con población mexicana y latinoamericana.

Dicha escala fue validada en 1987 como un instrumento cuanti-cualitativo por jueces de la UNAM. Alcanzó una confiabilidad de 0.91 con la prueba Alfa de Cronbach de consistencia interna con los reactivos, lo cual es aceptable para este tipo de instrumentos. Fue aprobada en 1997 por el IFAC (Instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, siendo también aceptada por la Federación Mexicana de Salud Mental.

Tiene su origen en el año de 1981 cuando el departamento de área clínica de la facultad de psicología de la UNAM a cargo, del Dr. Julian Mc Gregor y Sánchez Navarro invitaron a la Dra. Emma Espejel a participar en una investigación comunitaria, en la colonia Ruiz Cortines de la zona sur del Distrito Federal. Se diseñó como una forma de evaluación sistémica de los 80 miembros de las familias de esta comunidad en colaboración con otros investigadores. Se elaboró un banco de preguntas pertenecientes a la exploración de cada una de las áreas de la familia que incluían: jerarquía, límites, modo de control de conducta, autonomía-dependencia, alianzas, territorio, centralidad, geografía y áreas de psicopatología. De este banco de reactivos se escogieron 8 para cada área, mismos que fueron validados por cinco terapeutas familiares del instituto de la familia por medio de una escala de Lickert. Los resultados obtenidos arrojaron una confiabilidad de 0.88. Sin embargo dicho cuestionario tardaba en ser realizado a todos los miembros de la familia o a la mitad en un tiempo de 2 horas, posteriormente se realizaron más investigaciones en el área norte y metropolitana de la ciudad de México para poder perfeccionar dicho cuestionario.

Siendo objeto de tesis en maestría en el área de psicología clínica de la facultad de psicología de la UNAM, después de aplicarse a una muestra poblacional heterogénea de 60 familias y a una muestra de 26 familias clínicas y 24 no clínicas

es decir, con y sin patología, obteniendo así la escala de funcionamiento familiar, la cual consta de 40 ítems, con buena discriminación y consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.91. Contiene el análisis de 9 factores principales a los cuales subyacen las áreas originales de la estructura y dinámica de la familia, los cuales son: autoridad y organización familiar, control y orden, supervisión, afecto positivo y valores, apoyo, manejo de conductas disruptivas, comunicación, afecto negativo (enojo no malestar) movilización de recursos (implica flexibilidad). Además se expresa un familiograma, datos sociodemográficos y económicos de la vivienda y un espacio para observaciones.

Las características de la escala de calificación son las siguientes: cada reactivo se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma y la tipología familiar. La escala evalúa la estructura familiar, es decir, la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía.

Ver instrumento en anexos (Anexo 1)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

El instrumento utilizado fue el Test de Funcionalidad de Emma Espejel al paciente adolescente obeso, se aplicó a través de una entrevista clínica directa de manera personal en la que obtuvieron los datos de la ficha de identificación y el cuestionario mientras esperan pasar a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF no. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para la aplicación del instrumento se requerirá máximo de una hora para contestarlo, será suspendido después de dicho lapso de tiempo o si alguno de los participantes tuviese alguna deficiencia visual que le impida contestarlo.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se aplicó el Test de Funcionalidad de Emma Espejel al paciente adolescente con obesidad en una entrevista clínica directa de manera personal o en familia en un tiempo máximo de una hora.

El aplicador invitó a los pacientes de forma verbal a participar en el estudio, explicando ampliamente el objetivo y la manera de la realización de éste. Se procedió a la firma del Consentimiento Informado (Ver Anexo 2) si el paciente aceptó participar.

Todas las encuestas fueron realizadas por un solo aplicador entrenado para su realización.

Si el aplicador del Test sospechaba que el nivel de lectura era inadecuado, debió trabajar la primera pregunta, haciendo que el sujeto leyera en voz alta y seleccionara en voz alta alguna de las opciones. Si alguno de los pacientes era incapaz de leer la pregunta se suspendió la prueba.

El Test será aplicado en un tiempo máximo de una hora y al finalizar dicho plazo se suspenderá la prueba.

Los sujetos debieron ser informados de que no necesitaban responder a preguntas que no quisieran o no supieran contestar. Ante esto el aplicador invitó al participante a dejar la pregunta sin respuesta o a elegir una opción si la oración es aplicable en su caso, pero antes de dejarla en blanco podía intentar dar una respuesta.

El examinador no debió discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debería ser él quien elija su respuesta en base a sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntaba el significado de una palabra, en medida de sus posibilidades, el aplicador de la prueba debió dar la respuesta a la pregunta realizada. El examinador tuvo que revisar la prueba, para asegurarse de que cada pregunta tenga elegida solo una de las alternativas.

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN:

- Las fuentes de información deben ser similares para todas las participantes.
- Los participantes no deben ser conscientes de las hipótesis específicas de la investigación.
- Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN:

- Evaluar cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio.
- Utilizar los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.
- Elegir los grupos de estudio que son representativos de la población.

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS:

- Registrar y analizar los datos de manera correcta.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES OBESOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF NO. 8

2012

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X	X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X					
RECURSOS								X				
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2013 - 2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: PETO TOY EDNA SHIRLENE

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS:

Investigador, aplicador de instrumentos, recolector de datos, pacientes entrevistados.

FÍSICOS:

Se utilizó el área de espera de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF no. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

FINANCIAMIENTO:

Los recursos utilizados fueron proporcionados por el autor de la investigación.

MATERIALES:

Se utilizó laptop con sistema operativo Windows 8, hojas, fotocopias, impresora, lapiceros, USB.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis no desobedece la Declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la Carta de Consentimiento Informado del protocolo de investigación: Funcionalidad familiar en pacientes adolescentes obesos que asisten a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no. 8, se encuentra en anexos (anexo 2).

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

- Se estudió 228 pacientes con obesidad, se encontró predominio de sexo femenino 130 (57%), sexo masculino 98 (43%). (Ver anexo cuadro 1 y gráfica 1)
- La media de edad 14.6 años, valor mínimo de 10 años y valor máximo de 19 años, moda de 13 años, mediana de 15 años y desviación estándar de 2.560 años.
- De acuerdo a la frecuencia por rango de edad el estudio mostró en el rango 1 (10-13 años), 87 (38.2%), rango 2 (14-16 años) 75 (32.9%) y rango 3 (17-19 años), 66 (28.9%).(Ver anexo cuadro 2 y gráfica 2)
- En escolaridad se observó: 44 (19.3%) primaria, 79 (34.6%) secundaria, 76 (33.3%) preparatoria y 29 (12.7%) universidad.(Ver anexo cuadro 3 y gráfica 3)
- La media del IMC es de 27.2, con valor mínimo de 22 y valor máximo de 31.07, mediana 27.3, moda de 28 y desviación estándar de 2.369.
- En el rubro correspondiente al grado de obesidad, se encontró con obesidad grado I, 198 (86.9%); con obesidad grado II, 28 (12.3%) y con obesidad grado III, 2 (0.8%).(Ver anexo cuadro 4 y gráfica 4)
- En el apartado de puntuación global de funcionalidad, se observó: 216 (94.7%) funcional y 12 (5.3%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 5 y gráfica 5)
- En el rubro de autoridad, se encontró: 152 (66.7%) funcional y 76 (33.3%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 6 y gráfica 6)
- En la sección de control, se analizó: 128 (56.1%) funcional y 100 (43.9%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 7 y gráfica 7)
- En la característica de supervisión, se valoró: 194 (85.1%) funcional y 34 (14.9%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 8 y gráfica 8)
- En el afecto, se observó: 160 (70.2%) funcional y 68 (29.8%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 9 y gráfica 9)
- En el apartado de apoyo, se encontró: 156 (68.4%) funcional y 72 (31.6%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 10 y gráfica 10)
- En el rubro de conductas disruptivas, se analizó: 100 (43.9%) funcional y 128 (56.1%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 11 y gráfica 11)
- En la sección de comunicación, se valoró: 130 (57%) funcional y 98 (43%) disfuncional.(Ver anexo cuadro 12 y gráfica 12)

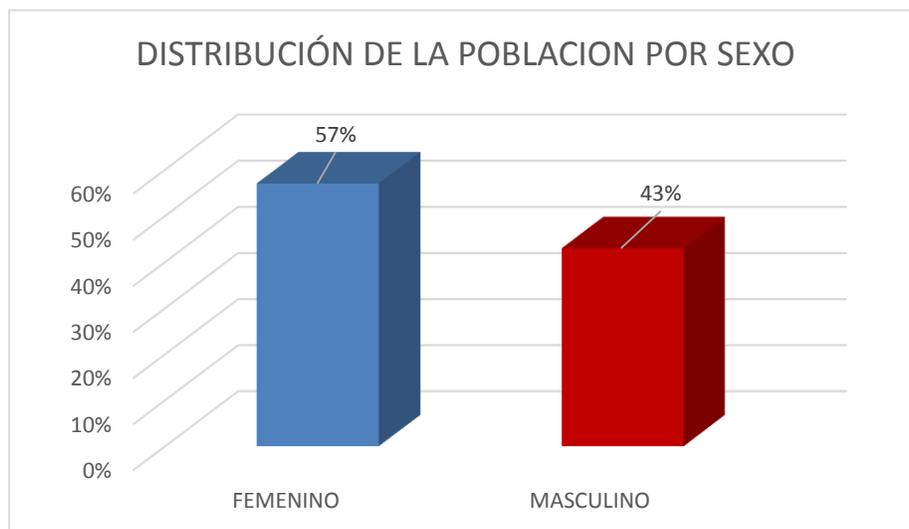
- En el componente de recursos, se observó: 108 (47.4%) funcional y 120 (52.6%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 13 y gráfica 13)
- En cuanto a la frecuencia de tipología familiar en el estudio, se encontró: nuclear simple 151(66.2%), nuclear numerosa 17 (7.5%), reconstruida 1 (0.4%), monoparental 24 (10.5%), monoparental extendida 10 (4.4%), monoparental extendida compuesta 6 (2.6%), extensa 15 (6.6%) y extensa compuesta 4 (1.8%). (Ver anexo cuadro 14 y gráfica 14)
- En la frecuencia del ciclo vital de la familia, se encontró: en la etapa de expansión 156 (68.4%), etapa de dispersión 62 (27.2%) y en etapa de independencia 10 (4.4%). (Ver anexo cuadro 15 y gráfica 15)
- En el conjunto de edad y puntaje global de funcionalidad, se encontraron correspondientes a funcionales: de 10 a 13 años, 82 (36%); 14 a 16 años, 70 (30.7%) y de 17 a 19 años, 64 (28.1%), y en cuanto a disfuncionales: de 10 a 13 años 5 (2.2%); 14 a 16 años, 5 (0.9%) y de 17 a 19 años, 2 (0.9%).(Ver anexo cuadro 16 y gráfica 16)
- En el apartado de sexo y puntaje global de funcionalidad, se encontraron: del sexo femenino 124 (54.4%) funcionales y 6 (2.6%) disfuncionales, y del sexo masculino 92 (40.4%) funcionales y 6 (2.6%) disfuncionales.(Ver anexo cuadro 17 y 17)
- En el conjunto de grado de obesidad y puntaje global de funcionalidad, se observó: en el grado I 187 (82%) funcionales y 11 (4.8) disfuncionales; grado II, 27 (11.8%) funcionales y 1 (0.4%) disfuncionales y al grado III, 2 (0.9%) funcionales.(Ver anexo cuadro 18 y gráfica 18)
- En el rubro de escolaridad y puntaje global de funcionalidad, se valoraron 4 niveles educativos de los cuales se observó: primaria, 41 (18%) funcionales y 3 (1.3%) disfuncionales; secundaria, 76 (33.3%) funcionales y 3 (1.3%) disfuncionales; preparatoria o bachillerato, 72 (31.6%) funcionales y 4 (1.8%) disfuncionales y, universidad, 27 (11.8%) funcionales y 2 (0.9%) disfuncional. (Ver anexo cuadro 19 y gráfica 19)
- En cuanto a la tipología familiar y el puntaje global de funcionalidad, se encontraron: familia nuclear simple, 142 (62.3%) funcionales y 9 (4%) disfuncionales; nuclear numerosa, 17 (7.5%) funcional; reconstruida 1 (0.4%) funcional; monoparental, 23 (10.1%) funcional y 1 (0.4%) disfuncional; monoparental extendida, 9 (3.9%) funcional y 1 (0.4%) disfuncional; monoparental extendida compuesta, 6 (2.6%) funcional; extensa 14 (6.1%) funcional y 1 (0.4%) disfuncional; extensa compuesta 4 (1.8%) funcional. (Ver anexo cuadro 20 y gráfica 20)

- En el apartado de ciclo vital y puntaje global de funcionalidad, se observó: en etapa de expansión, 149 (65.4%) funcionales y 7 (3.1%) disfuncional; etapa de dispersión, 57 (25%) funcionales y 5 (2.2%) disfuncional y, en etapa de independencia, 10 (4.4%) funcionales. (Ver anexo cuadro 21 y gráfica 21)

FRECUENCIAS DE ACUERDO AL SEXO

SEXO		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	130	57%
Masculino	98	43%
Total	228	100%

Cuadro. 1 Frecuencia de acuerdo al sexo

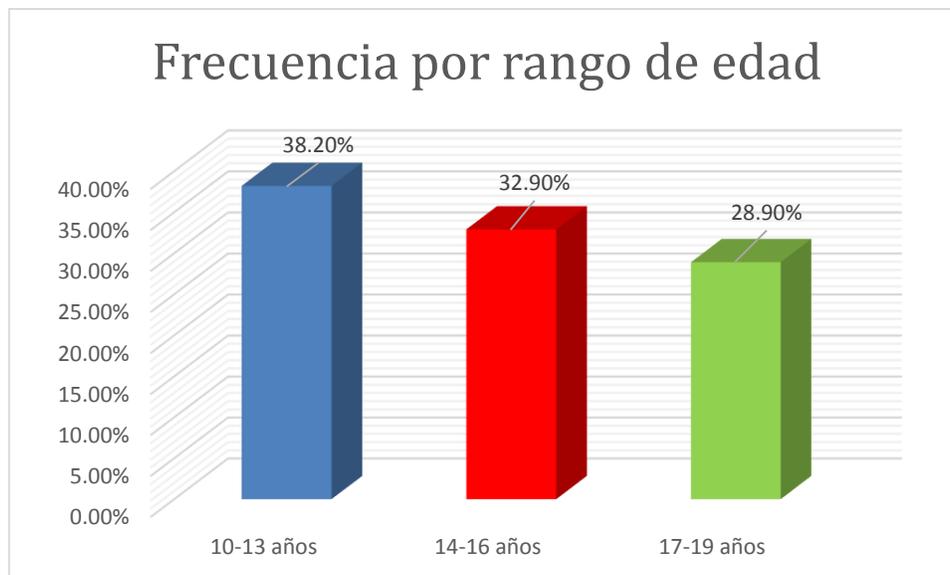


Grafica. 1 Frecuencia de acuerdo al sexo

FRECUENCIA DE ACUERDO AL RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
10-13 años	87	38.2
14-16 años	75	32.9
17-19 años	66	28.9
Total	228	100

Cuadro. 2 Frecuencia de acuerdo al rango de edad

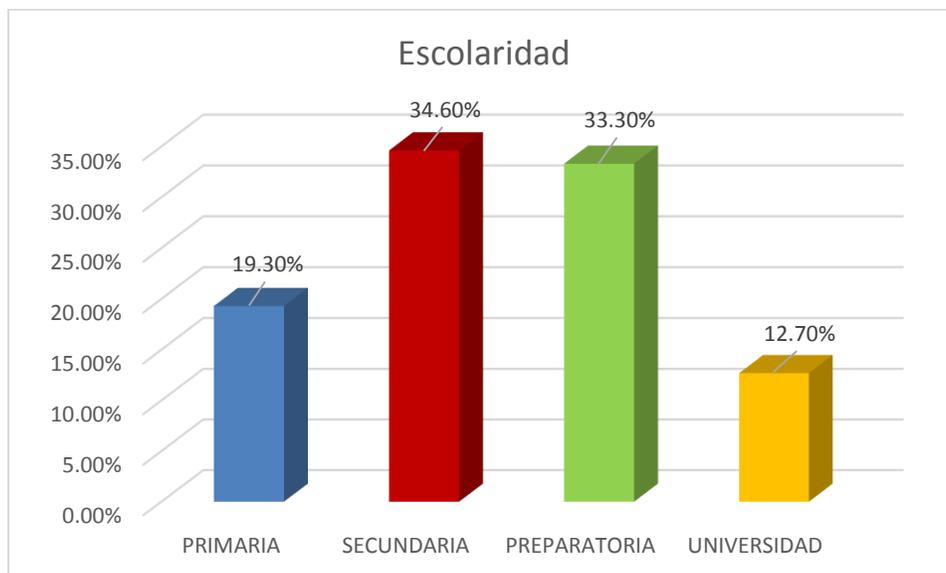


Grafica. 2 Frecuencia de acuerdo al rango de edad

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD		
Años	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	44	19.3%
Secundaria	79	34.6%
Preparatoria	76	33.3%
Bachillerato	29	12.7%
Total	228	100%

Cuadro. 3 Frecuencia de acuerdo a la escolaridad

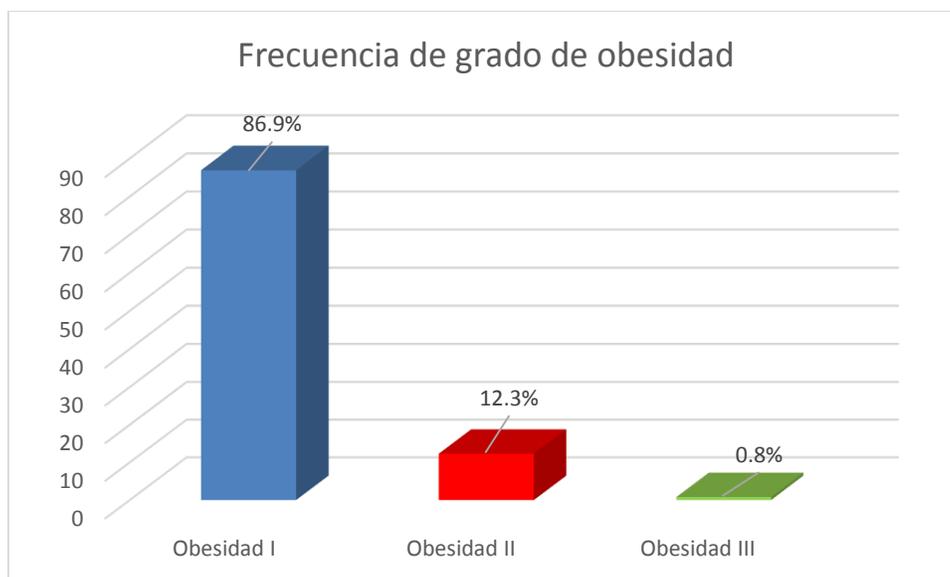


Grafica. 3 Frecuencia de acuerdo a la escolaridad

FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRADO DE OBESIDAD

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad I	198	86.9%
Obesidad II	28	12.3%
Obesidad III	2	0.8%
Total	228	100%

Cuadro. 4 Frecuencia de acuerdo al grado de obesidad

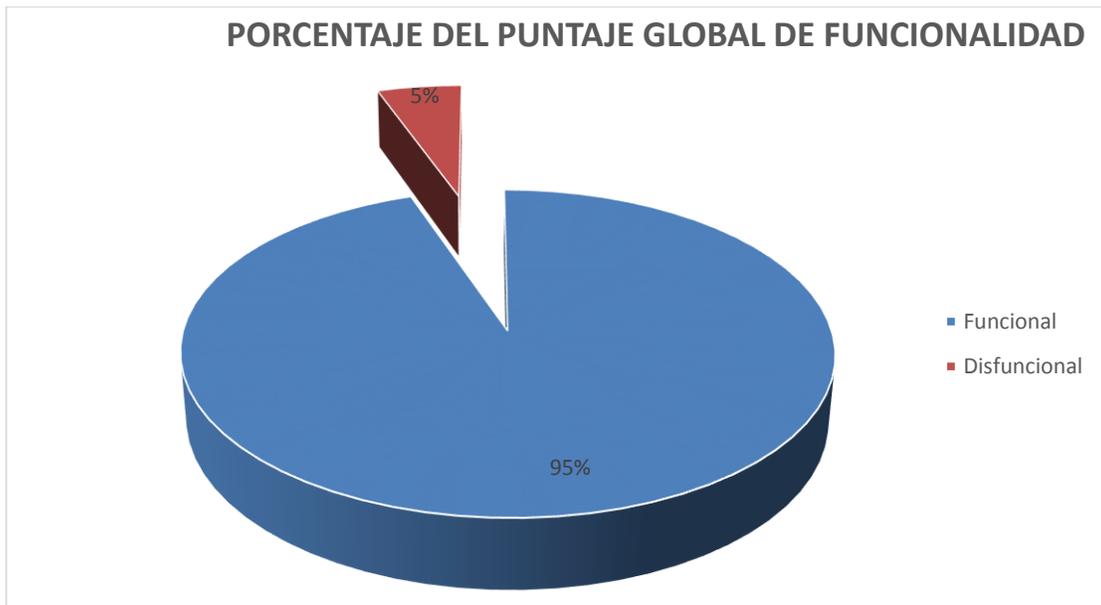


Grafica. 4 Frecuencia de acuerdo al grado de obesidad

FRECUENCIA DE ACUERDO AL PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD

PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD		
Puntaje Global	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	216	94.7
Disfuncional	12	5.3
Total	228	100

Cuadro. 5 Frecuencia de acuerdo al puntaje global de funcionalidad

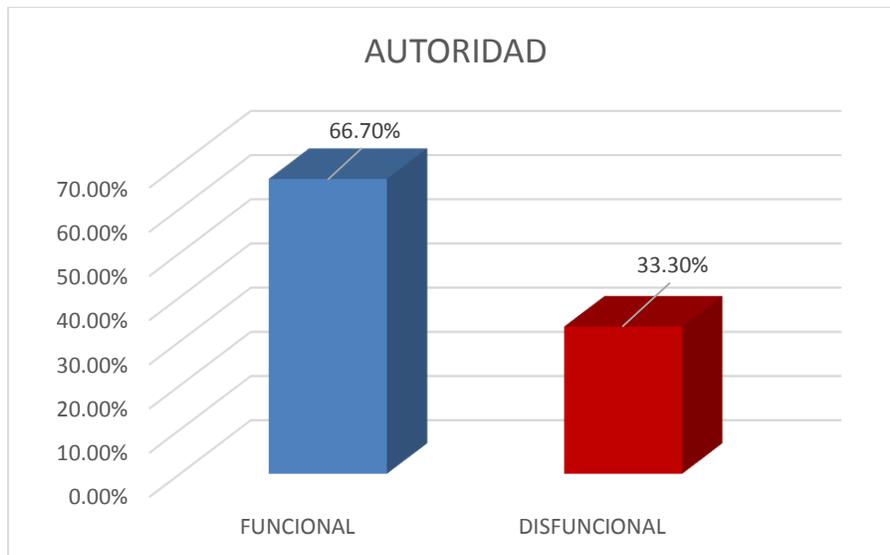


Gráfica. 5 Frecuencia de acuerdo al puntaje global de funcionalidad

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA AUTORIDAD

AUTORIDAD		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	152	66.7%
Disfuncional	76	33.3%
Total	228	100%

Cuadro. 6 Frecuencia de acuerdo a la autoridad

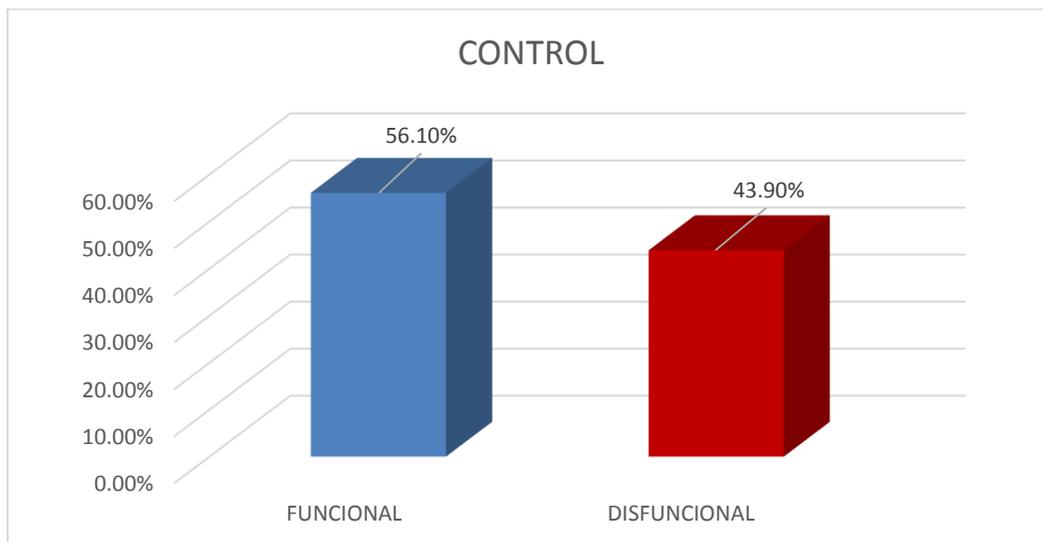


Gráfica. 6 Frecuencia de acuerdo a la autoridad

FRECUENCIA DE ACUERDO AL CONTROL

CONTROL		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	128	56.1%
Disfuncional	100	43.9%
Total	228	100%

Cuadro. 7 Frecuencia de acuerdo al control

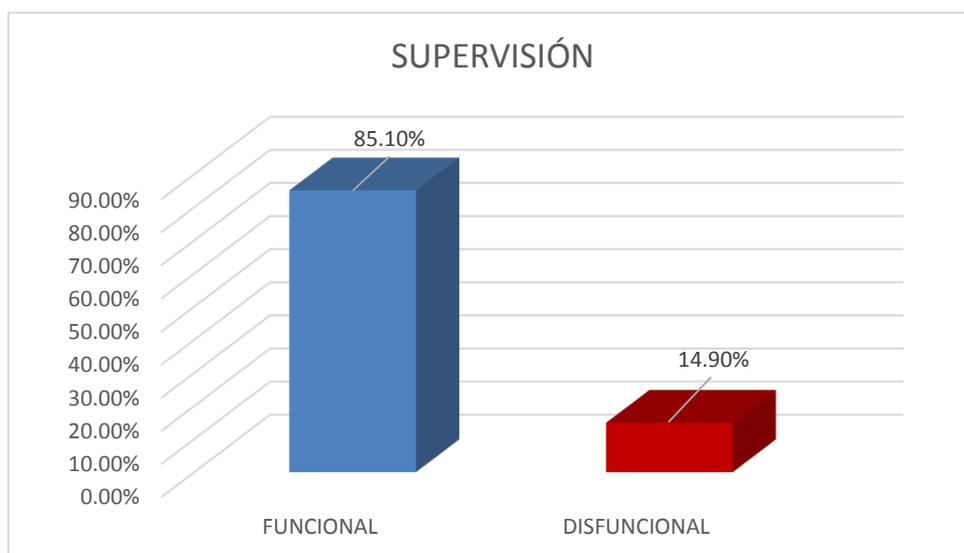


Gráfica. 7 Frecuencia de acuerdo al control

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA SUPERVISIÓN

SUPERVISIÓN		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	194	85.1%
Disfuncional	34	14.9%
Total	228	100%

Cuadro. 8 Frecuencia de acuerdo a la supervisión

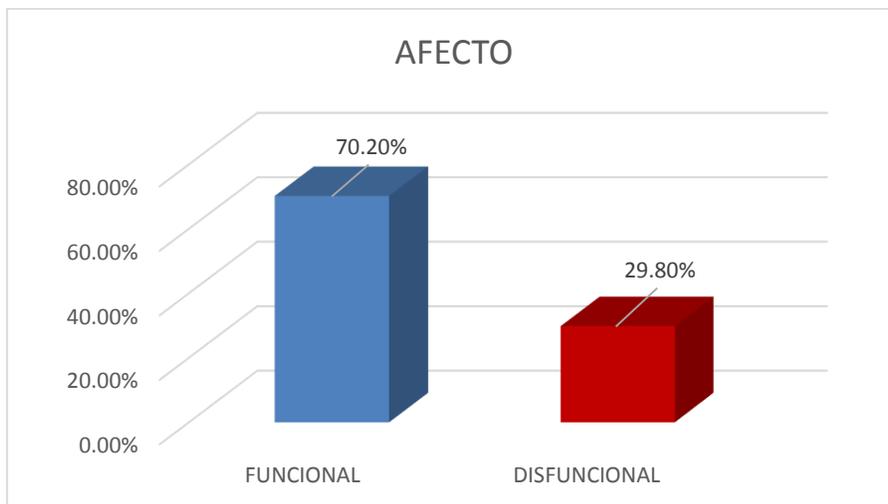


Gráfica. 8 Frecuencia de acuerdo a la supervisión

FRECUENCIA DE ACUERDO AL AFECTO

AFECTO		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	160	70.2%
Disfuncional	68	29.8%
Total	228	100%

Cuadro. 9 Frecuencia de acuerdo al afecto

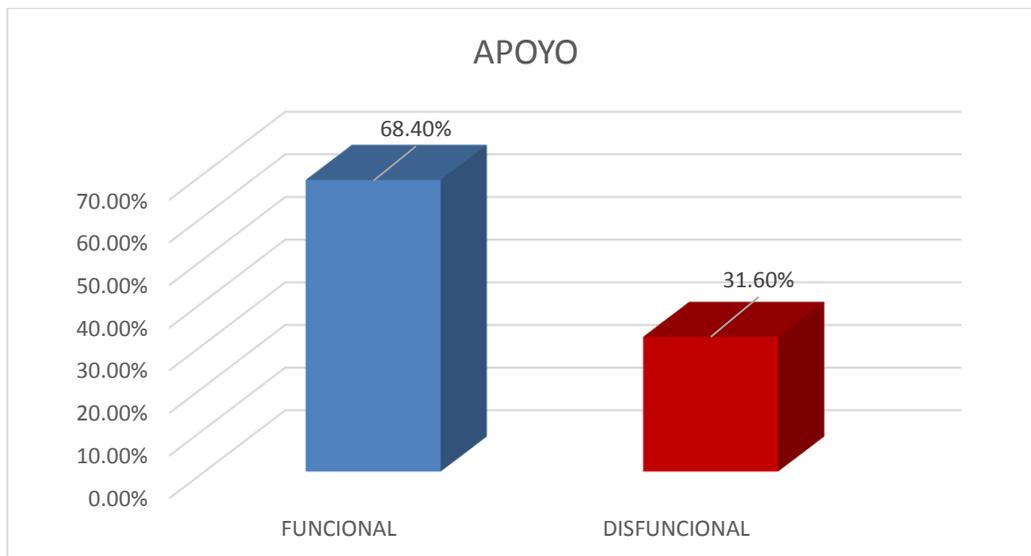


Gráfica. 9 Frecuencia de acuerdo al afecto

FRECUENCIA DE ACUERDO AL APOYO

APOYO		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	156	68.4%
Disfuncional	72	31.6%
Total	228	100%

Cuadro. 10 Frecuencia de acuerdo al apoyo



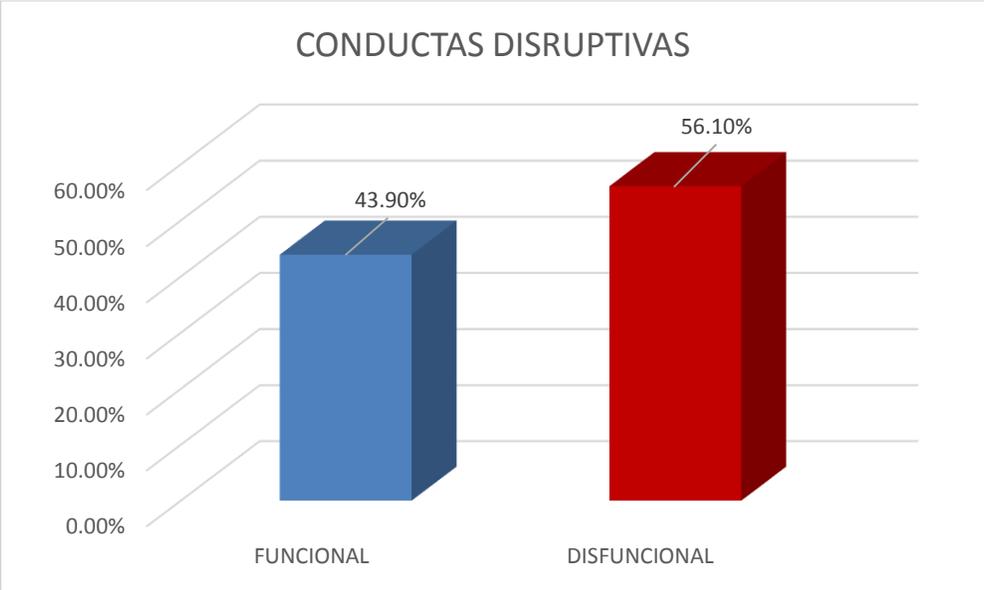
Gráfica. 10 Frecuencia de acuerdo al apoyo

FRECUENCIA DE ACUERDO A LAS CONDUCTAS DISRUPTIVAS

CONDUCTAS DISRUPTIVAS

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	100	43.9%
Disfuncional	128	56.1%
Total	228	100%

Cuadro. 11 Frecuencia de acuerdo a las conductas disruptivas



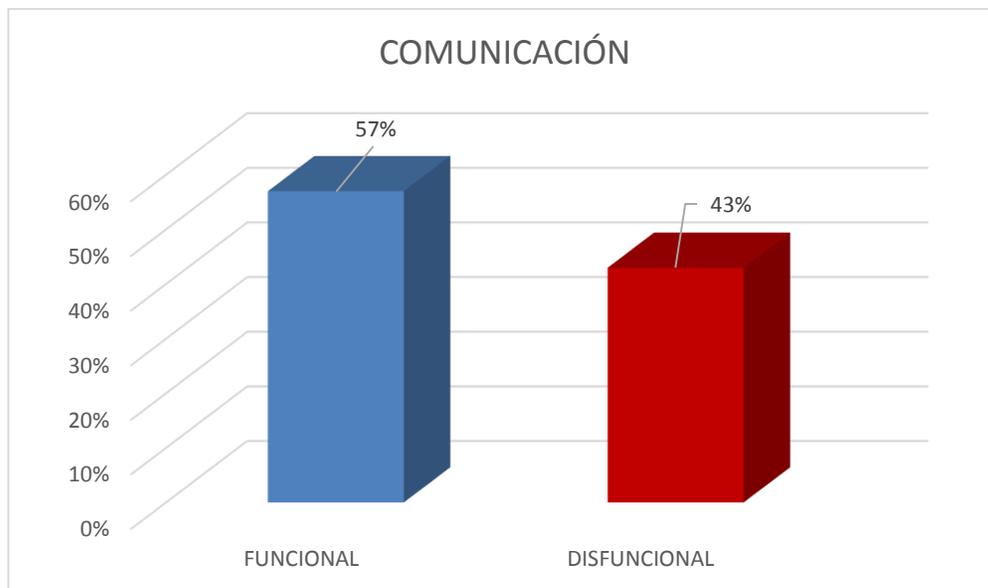
Gráfica. 11 Frecuencia de acuerdo a las conductas disruptivas

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN

COMUNICACIÓN

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	130	57%
Disfuncional	98	43%
Total	228	100%

Cuadro. 12 Frecuencia de acuerdo a la comunicación

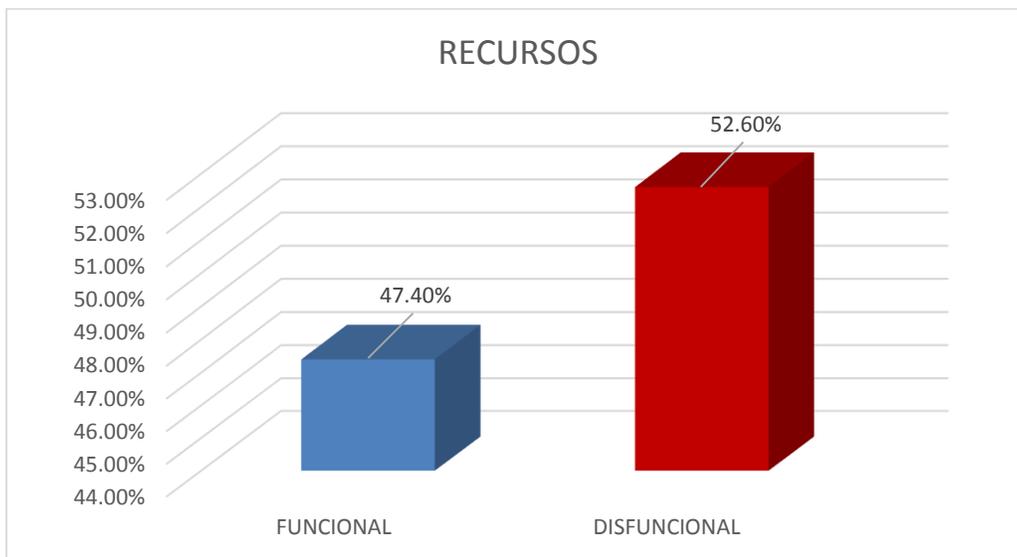


Gráfica. 12 Frecuencia de acuerdo a la comunicación

FRECUENCIA DE ACUERDO A LOS RECURSOS

RECURSOS		
Rango	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	108	47.4%
Disfuncional	120	52.6%
Total	228	100%

Cuadro. 13 Frecuencia de acuerdo a los recursos

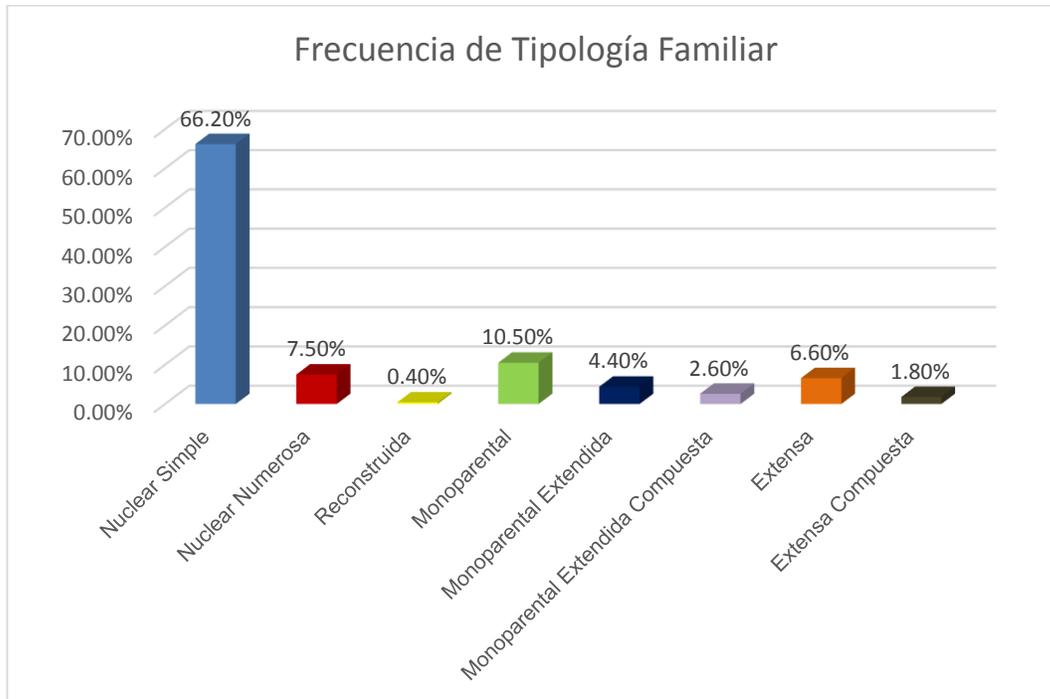


Gráfica. 13 Frecuencia de acuerdo a los recursos

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA TIPOLOGIA FAMILIAR

TIPOLOGIA FAMILIAR		
Tipología	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	0	0%
Nuclear Simple	151	66.2%
Nuclear Numerosa	17	7.5%
Reconstruida	1	0.4%
Monoparental	24	10.5%
Monoparental Extendida	10	4.4%
Monoparental Extendida Compuesta	6	2.6%
Extensa	15	6.6%
Extensa Compuesta	4	1.8%
No Parental	0	0.0%
Total	228	100

Cuadro. 14 Frecuencia de acuerdo a la tipología familiar



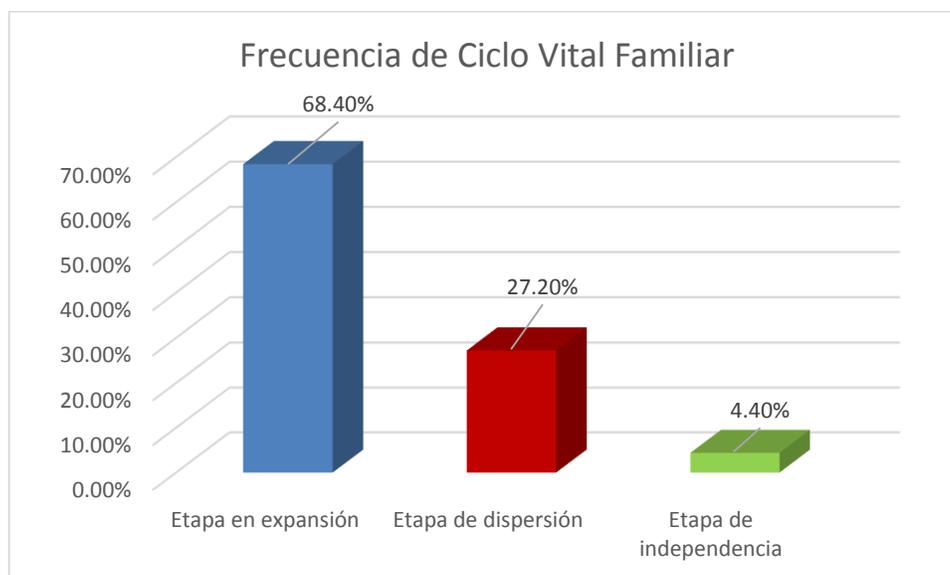
Gráfica. 14 Frecuencia de acuerdo a la tipología familiar

FRECUENCIA DE ACUERDO AL CICLO VITAL FAMILIAR

CICLO VITAL FAMILIAR de Acuerdo a la Clasificación de Geyman

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio	0	0%
Expansión	156	68.4%
Dispersión	62	27.2%
Etapa de Independencia	10	4.4%
Etapa de Retiro y muerte	0	0%
Total	228	100

Cuadro. 15 Frecuencia de acuerdo al ciclo vital familiar

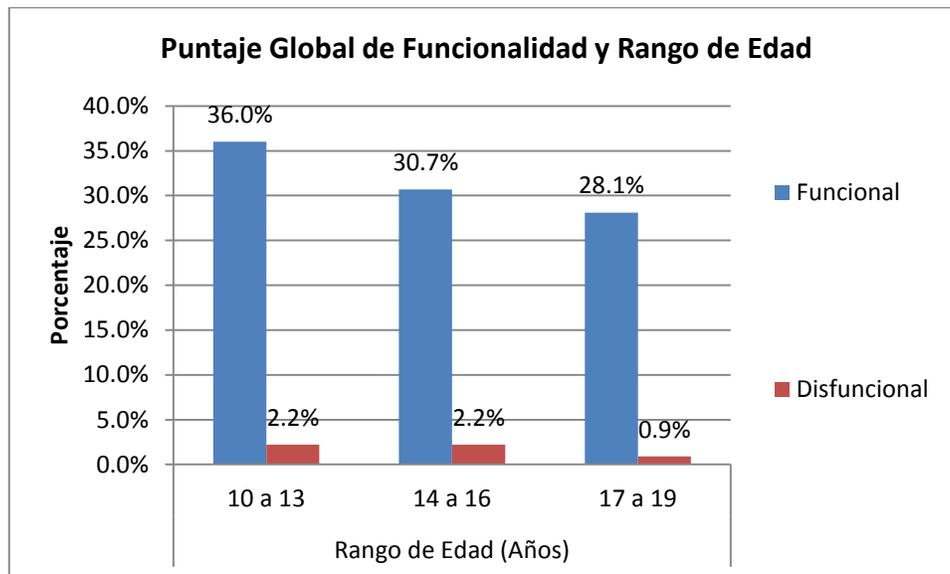


Gráfica. 15 Frecuencia de acuerdo al ciclo vital familiar

PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD Y RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	FREC.	(%)	FREC.	(%)	FREC.	(%)
10-13 AÑOS	82	36	5	2.2	87	38.2
14-16 AÑOS	70	30.7	5	2.2	75	32.9
17-19 AÑOS	64	28.1	2	0.9	66	28.9
TOTAL	216	94.7	12	5.3	228	100

Cuadro. 16 Puntaje global de funcionalidad y rango de edad

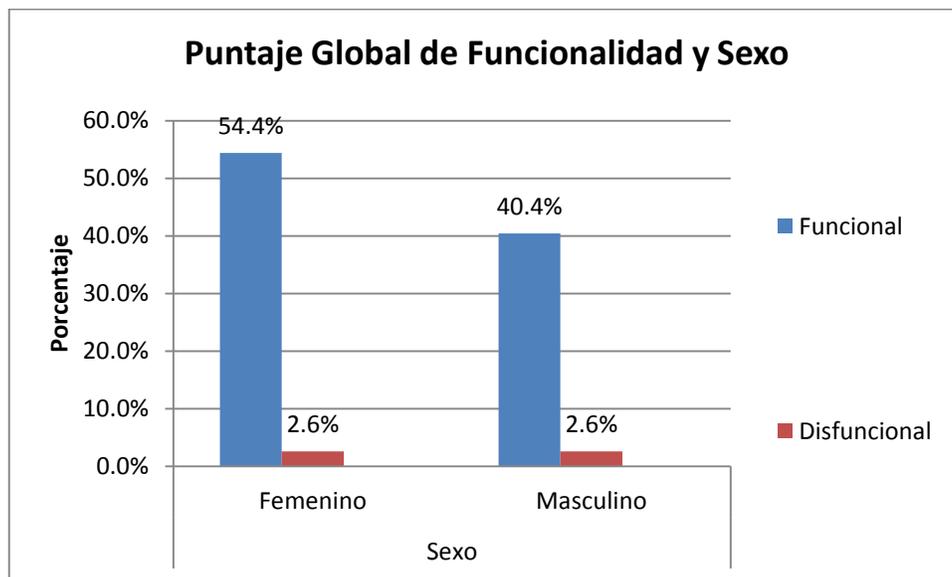


Gráfica. 16 Puntaje global de funcionalidad y rango de edad

PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD Y SEXO

SEXO	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	FREC.	(%)	FREC.	(%)	FREC.	(%)
FEMENINO	124	54.4	6	2.6	130	57
MASCULINO	92	40.4	6	2.6	98	43
TOTAL	216	94.7	12	5.3	228	100

Cuadro. 17 Puntaje global de funcionalidad y sexo

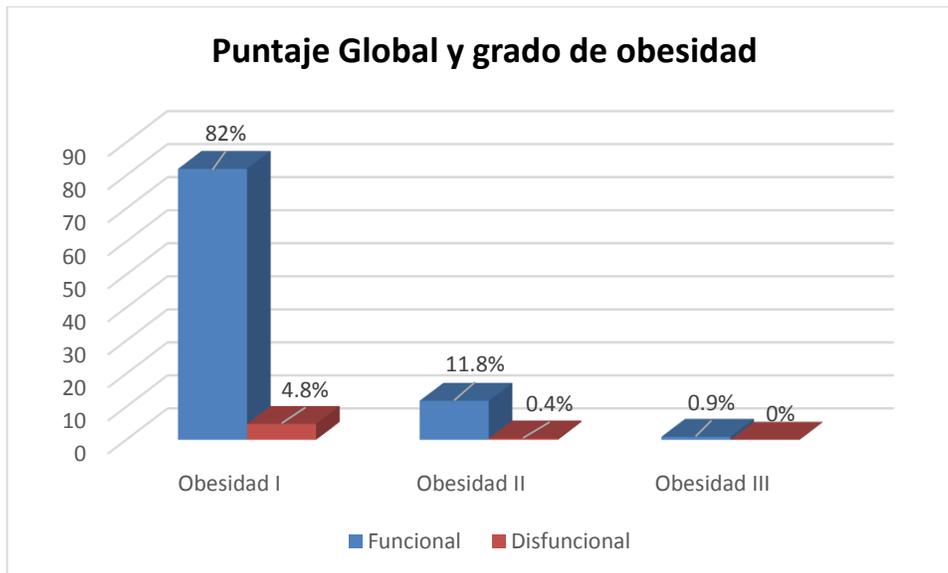


Gráfica. 17 Puntaje global de funcionalidad y sexo

TABLA DE PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD Y GRADO DE OBESIDAD

GRADO DE OBESIDAD	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
OBESIDAD GI	187	82	11	4.8	216	94.7
OBESIDAD G II	27	11.8	1	0.4	12	5.3
OBESIDAD GIII	2	0.9	0	0	2	0.9
TOTAL	216	94.7	12	5.3	228	100

Cuadro. 18 Puntaje global de funcionalidad y grado de obesidad

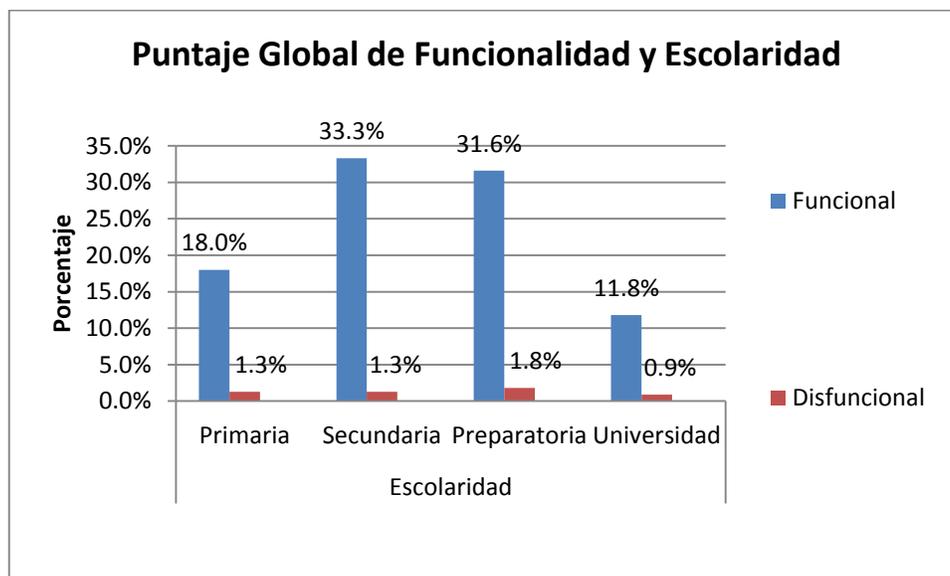


Gráfica. 18 Puntaje global de funcionalidad y grado de obesidad

TABLA PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD Y ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
PRIMARIA	41	18	3	1.3	44	19.3
SECUNDARIA	76	33.3	3	1.3	79	34.6
PREPARATORIA	72	31.6	4	1.8	76	33.3
UNIVERSIDAD	27	11.8	2	0.9	29	12.7
TOTAL	216	94.7	12	5.3	228	100

Cuadro. 19 Puntaje global de funcionalidad y escolaridad

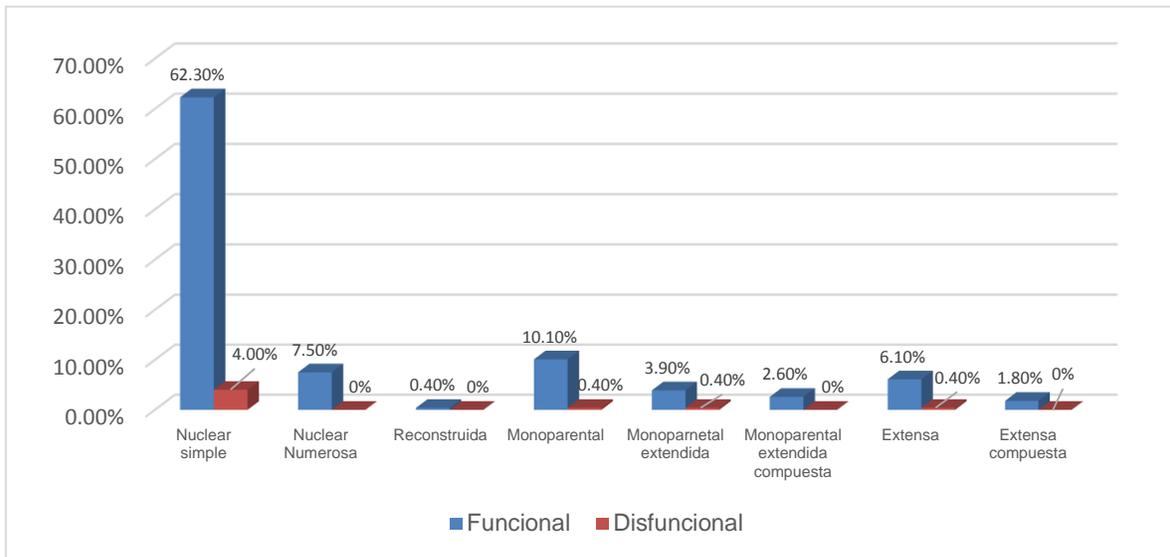


Gráfica. 19 Puntaje global de funcionalidad y escolaridad

TABLA PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGÍA FAMILIAR

PUNTAJE TOTAL	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	FREC.	(%)	FREC.	(%)	FREC.	(%)
NUCLEAR	0	0	0	0	0	0
NUCLEAR SIMPLE	142	62.3	9	4	151	66.3
NUCLEAR NUMEROSA	17	7.5	0	0	17	7.5
RECONSTRUIDA	1	0.4	0	0	1	0.4
MONOPARENTAL	23	10.1	1	0.4	24	10.5
MONOPARENTAL EXTENDIDA	9	3.9	1	0.4	10	4.4
MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA	6	2.6	0	0	6	2.6
EXTENSA	14	6.1	1	0.4	15	6.6
EXTENSA COMPUESTA	4	1.8	0	0	4	1.8
NO PARENTAL	0	0	0	0	0	0
TOTAL	216	94.7	12	5.3	228	100

Cuadro. 20 Puntaje global de funcionalidad y tipología familiar

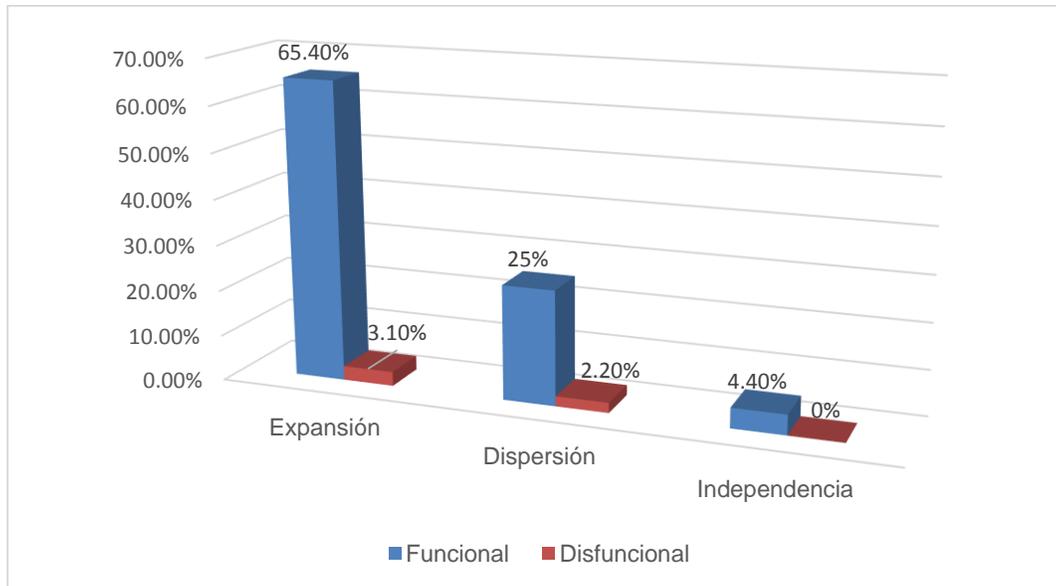


Gráfica. 20 Puntaje global de funcionalidad y tipología familiar

TABLA PUNTAJE GLOBAL DE FUNCIONALIDAD Y CICLO VITAL

CICLO VITAL	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
MATRIMONIO	0	0	0	0	0	0
EXPANSION	149	65.4	7	3.1	156	68.4
DISPERSION	57	25	5	2.2	62	27.2
INDEPENDENCIA	10	4.4	0	0	10	4.4
RETIRO Y MUERTE	0	0	0	0	0	0
TOTAL	216	94.7	12	5.3	228	100

Cuadro. 21 Puntaje global de funcionalidad y ciclo vital



Gráfica. 21 Puntaje global de funcionalidad y ciclo vital

DISCUSIÓN

Según el estudio de Pérez Milena et al, en España (2008), con 1356 adolescentes de secundaria y bachillerato, entre 12 a 18 años, utilizando el test de Apgar familiar, se evaluaron los cambios en la estructura y en la funcionalidad familiar del adolescente en la última década (1997-2007), tuvieron como resultado que la estructura familiar más frecuente fue la nuclear con un 84%, seguida de la monoparental, extensa y reconstruida, comparando estos resultados con nuestro estudio son similares ya que la familia nuclear fue la más frecuente con el 66.2% de los casos, esto puede deberse a la herencia cultural y la convergencia histórica entre ambos países, que derivan a una cultura familiar similar, además de que predomina una tradición similar judeo-cristiana. En cuanto a la funcionalidad familiar la mayoría fue normal con el 70% en cambio en el nuestro se obtuvo el 94.7% de funcionalidad familiar no alterada, esto se puede deber a que el test de funcionamiento familiar de Emma Espejel tiene un mayor índice de Alfa de Cronbach que el Apgar familiar que se ocupó en ese estudio y por ende, encontramos mayor descripción de la realidad.

Ramírez Hernández et al, (1994) en México, efectuó un estudio para conocer la funcionalidad familiar en adolescentes de preparatoria, se basó en el marco de organización sistémico de Marie Luise Friedmann que describe a la familia desde la perspectiva sistémica donde los individuos son vistos como subsistemas del sistema familiar total, en el cual se logra la funcionalidad a través de la congruencia de 4 procesos: coherencia, individualización, cambio de sistema y mantenimiento del sistema, su diseño fue descriptivo y su muestra de 344 pacientes. Entre sus características que coinciden con este estudio es la mayor frecuencia en el sexo femenino con 56.4% comparado con el 57% de este sexo en el presente estudio, lo que nos traduce que los datos demográficos son similares, debido a que es probable que la predominancia de sexo femenino sea porque es la población predominante en nuestro país además de que las mujeres son llevadas o por sí mismas acuden más a los servicios de salud y nuestro estudio fue realizado en una población cautiva que acude a consulta médica.

En 2002, León Sánchez et al, realizaron el estudio: "Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior", (estudio en el que se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años que cursaron el nivel medio superior en el ciclo escolar 2001-2002 en Michoacán), se realizó en base de una encuesta anónima a los adolescentes mediante el Apgar familiar, en dicho estudio se encontró disfunción familiar en el 63% la cual estuvo asociada al hecho de que ambos padres trabajaban y esto se relacionaba a mayor frecuencia de adicciones en los adolescentes y a la tendencia de invertir más tiempo libre con los amigos. Sin embargo, en nuestro estudio se demostró que la funcionalidad familiar no se altera, sólo el 5.3% de los casos fueron disfuncionales, esto nos traduce a que existen otros factores que pueden influir con los resultados obtenidos como el tamaño de la muestra, las edades que se

incluyeron en el estudio, así como la población en la cual se realiza, en nuestra muestra las edades comprendían pacientes de 10 a 19 años, donde los participantes asisten desde la educación primaria hasta la universidad, siendo diferentes los ambientes educativos y sociales.

Nuestros resultados contribuyen a la identificación de rango de edad de la adolescencia con mayor riesgo para causar una disfunción familiar debido a la obesidad, en nuestro estudio se encontró que de los 10 a los 16 años los adolescentes se encuentran más susceptibles de tener alguna alteración en su funcionamiento familiar, encontrándose los recursos y conductas disruptivas más frecuentes para causar disfuncionalidad en la familia con el 52.6% y 56.1%, estos resultados fueron encontrados gracias a la aplicación del test de funcionalidad familiar de Emma Espejel, que valora estos aspectos así como otros más, por ejemplo: autoridad, control, afecto, apoyo, etc.

Este trabajo muestra limitaciones ya que solo se realizó con la población correspondiente al Hospital General de Zona con UMF no. 8 ya que si se incluyeran otras instituciones se ampliaría la visión de los condicionantes para valorar la funcionalidad familiar de una manera más global, así como pudiera realizarse un estudio comparativo entre sobrepeso, obesos y no obesos para valorar la funcionalidad.

Se presentaron sesgos principalmente porque en algunas ocasiones no se comprendía de manera rápida las preguntas del cuestionario, por lo cual se llegaba casi a la hora de aplicación del mismo, lo cual era tedioso y cansado para la familia, a pesar de que se tenía un cuestionario a la mano para cualquier duda en la aplicación.

Las acciones que competen al médico familiar llevan de base la atención preventiva, integral y continua del paciente y de su familia, con una perspectiva biopsicosocial, que debe ir de la mano a otras instituciones sociales como el estado, instituciones de salud y educación, públicas o privadas, para implementar en conjunto estrategias de prevención y manejo adecuado para la obesidad en adolescentes incluyendo a la familia, a fin de lograr modificar el estilo de vida y los hábitos de alimentación, para con ello evitar la progresión a complicaciones o a desarrollar enfermedades cardiovasculares o metabólicas, entre otras, lo cual disminuiría la demanda de consulta a primer nivel en un futuro.

CONCLUSIONES

- En este estudio se concluye que la funcionalidad familiar no está alterada en el 94.7%, encontrando así que no existe una relación entre los adolescentes obesos y la función familiar.
- La mayoría de los pacientes estudiados que mostraron funcionalidad familiar no alterada proviene de familias nucleares con 66.2%, seguida de las familias nucleares numerosas con 7.5%, por el contrario solo se encontró un caso con funcionalidad proveniente de una familia reconstruida con 0.4%.
- En este estudio realizado para clasificar el ciclo vital en los adolescentes se observó mayor grado de funcionalidad en la etapa de expansión con el 65.4%, seguida de la etapa de dispersión encontrándose en 25%, y la de menos numerosa fue la etapa de independencia con el 4.4%.
- En cuanto al test de Emma Espejel efectuado a los pacientes en este estudio se encontraron 2 rubros en disfunción familiar, los cuales son conductas disruptivas con el 56.1% y el apartado de recursos con 52.6%, los cuales no afectaron al puntaje global que determina la funcionalidad familiar.
- El objetivo de la investigación se cumple ya que se encontró que la familia en la cual se desenvuelve el adolescente obeso es funcional, debido a que el instrumento que se utilizó nos muestra que hay factores fundamentales para que la familia funcione como un sistema, encontramos entre ellos a la autoridad, que se ve bien establecida debido a que en mayoría de los pacientes que formaron parte del estudio provenían de familias conformadas por ambos padres, los cuales tenían buena relación y por ende, la familia compartía roles y funciones bien establecidos, además de límites y modos de control que se respetaban y hacían que el adolescente tuviera una conducta más apropiada para enfrentar ciertos conflictos en su entorno social, se encontró otro factor importante que es la supervisión, donde la familia mediante normas vigila el comportamiento de los hijos, además de que se mostró que en las familias funcionales existen muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia que realzan el afecto mutuo, el apoyo que se brindan para lograr un soporte social, dentro y fuera del núcleo familiar, así como la comunicación, piedra angular de la familia que fortalece los lazos de confianza a todos los miembros. En el presente, se pudo observar las conductas disruptivas donde la familia tiene que afrontar problemas de la edad o bien dependiendo del ciclo vital el cual están atravesando, por ejemplo las adicciones en los adolescentes y problemas de conducta y,

por último, un factor que no hay que olvidar son los recursos, los cuales brindan a la familia la capacidad de realización y de desarrollarse, tanto de manera individual como familiar.

- Por otra parte, se acepta la hipótesis nula, en la cual se refiere que la funcionalidad familiar en el adolescente con obesidad no se encuentra alterada.
- Estudiar la funcionalidad familiar durante el periodo de la adolescencia es importante porque es una etapa difícil en la vida de las personas, el adolescente se enfrenta a muchos cambios tanto físicos como psicológicos y agregándose a estos los cambios corporales derivados de la obesidad pudiera pensarse que alteran de una manera u otra la función de la familia, en este estudio se concluyó que aunque se encontraron aspectos que influyen para que se altere la funcionalidad existen otros como la autoridad, la jerarquía, la comunicación, el afecto y el apoyo que son fundamentales para que el adolescente se sienta más protegido y apoyado por su entorno familiar.
- Esta investigación podría obtener mejores resultados con un estudio multicéntrico, si se realizara en una población más amplia y durante un periodo de tiempo mayor.
- El médico familiar está obligado a estar siempre actualizado en la prevención, diagnóstico y manejo de la obesidad, a identificar oportunamente la probabilidad que determinadas características de los individuos y/o el medio produzca sobrepeso u obesidad, para planear estrategias en la atención preventiva, integral y continua del paciente y su familia.
- En la consulta de primer nivel se debe generar un ambiente de confianza para poder explorar los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia como lo son: la etapa del ciclo evolutivo, la flexibilidad o rigidez de los roles y su negociación, límites en la familia, nivel cultural y socioeconómico de la familia, comunicación entre cada subsistema y la capacidad del grupo para resolver conflictos. Por ende, debemos privilegiar la formación de médicos especialistas en medicina familiar para valorar desde un punto de vista integral al paciente y a su familia para resolver sus demandas de atención, no solo desde el punto de vista biológico, sino en las demás esferas del desarrollo humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics* 2002;110(3):497-504.
2. Rodríguez G, Moreno La, Sarría A. La obesidad en la historia: sobre el Índice De Quetelet Y Obesidad. *Rev Española de Obesidad* 2010;8(1):34-40.
3. INEGI. Censo de población y vivienda 2010. Cuestionario básico. Consulta Interactiva. Disponible en: <Http://Www.Censo2010.Org.Mx/>
4. Hernández M. Obesidad y estilos de vida en los adolescentes. Universidad de Alcalá; 2009. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecacentralupchsp/Doc?id=10280276&ppg=4>
5. Arnett JJ. Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural. 3ª ed. México: Pearson education; 2008.
6. De la Revilla I. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: 1994. p. 37–42.
7. De la Revilla I. El uso del genograma en la consulta. Granada: Adhara-Fundesfam; 2005.
8. García-Campayo J, Alda M. La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria. Madrid: 2004.
9. Ríos M, Rangel R, Álvarez C. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*; 2008.
10. Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, De Girolamo G et al. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes*; 2007
11. Lim W, Thomas KS, Bardwell WA, Dimsdale JE. Which measures of obesity are related to depressive symptoms and in whom? *Psychosomatics* 2008; 49(1):23-28.
12. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos de medicina familiar (México)* 2005;7(1):15-19.

13. Irigoyen A, Morales H. Elementos para un análisis de la estructura familiar. En: Nuevos fundamentos de medicina familiar. 3ª edición. Editorial medicina familiar mexicana 2006;3:45-54.
14. Rodríguez-Abrego I, Rodríguez-Abrego G. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. RevMed IMSS. 2004; 42 (2): 97-102.
15. De La Revilla L, Aragón A, Muñoz M, Pascual J, Cubillo J. Una nueva clasificación demográfica de la familias para su uso en atención primaria, Atención Primaria 1991;8:104-111.
16. Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de familiar. ArchMed Fam. 2005; 7 (Supl 1): 15-19.
17. Mendoza-Solís LA, Soler-huerta E, Sainz-Velázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. ArchMed Fam. 2006; 8 (1): 27-32.
18. Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar. Medicina Familiar (México) 2008;10:227-229.
19. Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria, 2009.
20. Espejel AM, Manual para la escala de funcionamiento familiar. 2ª. Edición. IFAC. 2008.

ANEXOS



ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

**PARA LA PARTICIPACION EN EL PROYECTO TITULADO:
 "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES OBESOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA
 EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO, IMSS"**

FOLIO: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 AFILIACION: _____ EDAD: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELEFONO: _____ SEXO: femenino masculino
 OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____
 PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
 DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: _____

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Religión	Ocupación

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL.

FAMILIA: _____
 TIEMPO DE UNION: _____ EDAD DEL PRIMER HIJO (A): _____
 INGRESO FAMILIAR: _____
 INGRESO PER CAPITA: _____

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación Económica a la Familia

--	--	--	--	--	--

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:

OBSERVACIONES:

EDAD DEL HIJO MAYOR QUE HABITA EN LA VIVIENDA: _____

FAMILIOGRAMA:

Comenzar diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una X el o los recuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados:

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne con su familia para ver televisión ¿Quién decide ver el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen alguna falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

11. Cuando hay invitados en casa ¿A quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
----------------	-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	----------

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nunca invitan

Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar

Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y no participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo responsable?

Responsable Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad

14. En las ediciones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quien se pide permiso:

Pide permiso Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad

16. Cuando alguien comete alguna falta ¿Quién y cómo castiga?

¿Quién castiga?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga Funcionalidad

17. Si se acostumbran promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie pide ayuda a nadie Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbra salir Funcionalidad

20. En esta familia ¿Quién protege a quién?

Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nadie protege a nadie Funcionalidad

21. Si se conversan unos con otros ¿Quién con quién lo hace?

Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nadie conversa con la familia Funcionalidad

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo ¿A quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan? Subsistema parental Subsistema hijos Otro familiar Otro no familiar Nadie

Subsistema parental	
Subsistema hijos	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nadie toma alguna decisión Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿Quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza? Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nadie se abraza en la familia Funcionalidad

34. Cuando se enojan en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿Quién se enoja? Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nadie se enoja en la familia Funcionalidad

35. Ha habido peleas con golpes en la familia ¿Quiénes con quién o quiénes?

¿Quién se ha peleado? Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Nadie se ha golpeado en la familia Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

Muy Frecuente Algunas veces Muy raro Nunca

Padre	
Madre	
Hijos	
Hijas	
Otro familiar	
Otro no familiar	

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro familiar no				

Funcionalidad

38. En esta familia ha tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro familiar no				

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro familiar no				

Funcionalidad

40. ¿Quién es esta familia se aísla?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

PERFIL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FAMILIA: _____ FECHA DE APLICACIÓN: _____

TIEMPO DE FORMADA: _____ AÑOS

TIPO DE FAMILIA: _____

ETAPA DEL CICLO VITAL: _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____

No DE MIEMBROS: ADULTOS _____ ADOLESCENTES _____

NIÑOS _____

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES OBESOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Lugar y Fecha: Consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2012 – 2015

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:... En la actualidad, la obesidad es un problema de salud pública que afecta a millones de personas a nivel mundial y que engloba a todas las edades, esto incluye a los adolescentes quienes están predispuestos a presentar baja autoestima y otros trastornos psicológicos, todos estos factores perjudican a nivel de la familia, contribuyendo en la interrelación entre sus miembros, de ahí la relevancia de hacer este estudio, para conocer de que manera influye esta condición del adolescente obeso en su entorno familiar.

Procedimientos:..... Se aplicará cuestionario, tomando datos procedentes de paciente y/o familiar.

Posibles riesgos y molestias:.. Ninguno. El presente es un estudio descriptivo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Optimizar la atención médica en los servicios hospitalarios.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:..... No aplica.

Participación o retiro: El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Optimización de los recursos hospitalarios.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

Colaboradores: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio / Dra. Ana Gloria Toro Fontanell

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



ANEXO 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADOLESCENTES OBESOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF NO. 8

2012												
FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X	X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLÓGICO					X							
ANÁLISIS ESTADÍSTICO						X						
CONSIDERACIONES ÉTICAS							X					
RECURSOS								X				
BIBLIOGRAFÍA									X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACIÓN												X

2013 - 2014												
FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

ELABORÓ: PETO TOY EDNA SHIRLENE

