



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 6
SAN JUAN DEL RIO, QRO.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD**

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

PRESENTA:

DR. MARIO NUÑEZ MIRANDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 ADOLESCENTES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

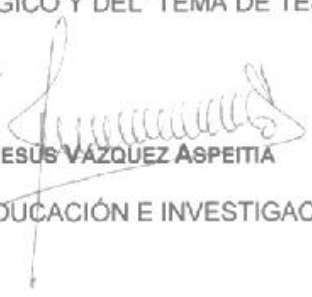
PRESENTA:

DR. MARIO NUÑEZ MIRANDA

AUTORIZACIONES:


DR. (A). LETICIA VÁZQUEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN IMSS


DRA. MA. DE JESUS VÁZQUEZ ASPEITIA
ASESOR METODOLÓGICO Y DEL TEMA DE TESIS


DRA. MARÍA DE JESUS VÁZQUEZ ASPEITIA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

SAN JUAN DEL RIO, QRO.

2008



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

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

PRESENTA

DR. MARIO NUÑEZ MIRANDA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ÍNDICE

PORTADA Y AUTORIZACIONES	1
ÍNDICE	4
1. MARCO TEORICO.....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3. JUSTIFICACIÓN.....	22
4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	23
4.1 Objetivo General.....	23
4.2 Objetivos específicos	23
5. HIPOTESIS	24
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
7. RESULTADOS.....	29
8. DISCUSIÓN.....	35
9. CONCLUSIONES.....	36
10. BLIBLIOGRAFIA.....	37
11. ANEXOS	39

Índice Tablas

Cuadro No. 1. Funcionalidad Familiar de acuerdo a la edad y sexo.	26
Cuadro No. 2. Funcionalidad familiar en relación al sexo.....	33
Cuadro No. 3. Funcionalidad familiar en adolescentes con sobrepeso y obesidad.	34

Índice de Figuras

Gráfica No 1. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES POR SEXO	29
Gráfica No 2. ADOLESCENTES POR EDAD.	30
Gráfica No 3. ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD	31
Gráfica No 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES.....	32

1. MARCO TEORICO

La obesidad ha sido considerada por la OMS como la enfermedad nutricional más frecuente del mundo (300 millones de adultos obesos). En México, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), el 64.2% de la población de 20 a 64 años de edad es portadora de obesidad o sobrepeso (IMC > 25 kg/m²).

La obesidad ha alcanzado una prevalencia del 50% DE LOS ADOLESCENTES DE 6 A 17 AÑOS de los Estados Unidos de Norteamérica y de algunos países centroamericanos, que hace imposible que todos los individuos afectados acudan con un médico especializado.¹

En Estados Unidos y el mundo la proporción de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado desde los años 60'. El porcentaje de niños de 6 a 11 años de edad con sobrepeso de 1970 al 2000 fue de 6.5 a 15.3%, en adolescentes de 12 a 19 años fue de 5.0% a 15.3% en el mismo periodo.

Afroamericanos e hispanos 21%, Blancos No hispanos 12%, En E.U. en el 2000, fallecieron 300,000 personas por obesidad o condiciones médicas asociadas, 45% de 132,900 casos de HAS, 85% de 58,500 casos de DM2, 18% de 51,500 casos de Hipercolesterolemia, 35% de 16,500 de Enfermedad coronaria.

La incidencia y prevalencia de obesidad en niños y adolescentes ha aumentado en la población mexicana.

La Segunda Encuesta Nacional de Nutrición (oct. 1998 a marzo de 1999), demostró que 18.8% de los niños de 5-11 años presentan sobrepeso u obesidad, siendo mayor su frecuencia en los estados del norte (25.9%) y en la ciudad de México (25.1%), que en los del centro y sur-sureste (17.7 y 13.2%, respectivamente).

En las zonas urbanas es más frecuente que en las rurales (21.4% varones y 23.5% mujeres versus 10.0% y 11.2% respectivamente), y el inicio de actividades escolares a los 5 años, se asocia con un aumento en el porcentaje de niños obesos.²

En la encuesta nacional de coberturas (ENCO) preven-imss del 2003 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en 2,553 adolescentes entre las edades de 10 a 19 años de los cuales 1,147 son hombres y 1,046 son mujeres de estos adolescentes se encontró que 9.2% tenían sobrepeso y 4.7% tenía obesidad.³

La obesidad es un problema de salud pública, proceso lento y gradual que es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía, asociado en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopedia principalmente; y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos”.⁴

Es considerada un factor de riesgo independiente que se asocia a un incremento en la mortalidad. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25, la determinación del IMC resulta una medición confiable y simple para establecer el diagnóstico.

Un individuo con un IMC > 35 kg/m², tiene el doble de riesgo de morir, comparado con uno de su misma edad pero con IMC < 25 kg/m². La obesidad es reconocida como un factor importante para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes y resistencia a la insulina. Es comúnmente aceptado que la obesidad se asocia con complicaciones tales como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensión y ECV.

Debido al incremento en su prevalencia, la obesidad es considerada como la principal causa de morbilidad y mortalidad. Se considera como una enfermedad muy heterogénea (Individuos con exceso importante de grasa no siempre presentan complicaciones severas, mientras que otros con sobrepeso y obesidad moderada pueden desarrollar diabetes, hipertensión y ECV prematura). La evidencia sugiere que hay un subgrupo de pacientes obesos que se caracteriza por la acumulación de un exceso de grasa “mala” localizada en la región abdominal, que confiere el riesgo elevado para el desarrollo de estas complicaciones.

La obesidad presenta múltiples con morbilidades entre las cuales se encuentran:

Cardiovasculares, Endocrinológicas, Psicológicas, Dermatológicas, Respiratorias, Gastrointestinales, Genitourinarias y Neurológicas. El diagnóstico de obesidad a través de la determinación del IMC resulta una medición confiable y simple para establecer el diagnóstico de obesidad. Y así poder identificar factores de riesgo elevado de morbi-mortalidad. En lo que toca a los niños y adolescentes obesos, los cambios en el estilo de vida de toda la familia son indispensables para que el paciente pueda seguir las indicaciones de médicos y nutriólogos.

El identificar los patrones inadecuados en el comer y el definir cuáles son los hábitos de ejercicio de la familia del niño y del adolescente obeso es indispensable para la sugerencia de un programa de acciones tendientes a mejorar el estilo de vida de toda la familia, ya que ésta es determinante en todo el proceso.

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, que son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar.⁵

Dentro de la familia se conjugan una serie de acontecimientos que permiten el desarrollo de sus integrantes. Es de suponer que si los miembros crecen en un entorno favorable Socioeconómico y afectivo, podrían llegar a tener un buen estado nutricional. Si se relacionan la seguridad alimentaria y la funcionalidad familiar con el estado nutricional.⁶

Obando comprobó una asociación significativa entre la obesidad del adolescente y la disfunción familiar. Aunque no se conoce su causa, parece que esta asociación tiene que ver con el género del adolescente, ya que en los varones la alteración de la dinámica familiar era uno de los factores determinantes de la obesidad, mientras que en las mujeres no se aprecia esa asociación.

Beck y Terry comprobaron que las familias con adolescentes obesos estaban menos unidas y menos organizadas que las familias con adolescentes con sobrepeso.

Es posible, como sugiere Johnson que las familias con reglas poco claras y mal establecidas, en la que los adolescentes toman muchas decisiones por falta de liderazgo de los progenitores y estén poco cohesionadas, se pueda favorecer actitudes erróneas hacia la comida que pueden ocasionar obesidad.

Algunos piensan que la obesidad puede ser la expresión de una disfunción familiar, entendiendo como tal, la incapacidad de la familia para poder responder a situaciones estresantes. Sin embargo, existe controversia entre los distintos estudios que relacionan funcionamiento familiar y obesidad.

Por último, queremos destacar las conclusiones a que llega Obando en su investigación sobre obesidad y familia, en donde señala que los factores que con más frecuencia se asocian a la obesidad en los adolescentes son los siguientes: ser varón, encontrarse en el estado de la adolescencia media, contar con antecedentes familiares de obesidad en alguno de los progenitores, pertenecer a una familia monoparental, haber sufrido acontecimientos vitales estresantes, tener una red social escasa y formar parte de una familia disfuncional.⁷

Por su parte el Dr. Moreno Portillo publica en el periódico LA CRONICA DE HOY del 17/09/2007 que La obesidad en niños de cinco a 11 años de edad superó cifras récord en los últimos siete años, al registrarse un incremento de casi 80 por ciento en la prevalencia nacional, al pasar de 5.3 por ciento en 1999 a 9.4 por ciento en 2006. En tanto que las niñas, en el mismo periodo el aumento fue de casi 50 por ciento, al pasar de 5.9 por ciento a 8.7 por ciento.

En entrevista, el director de la Clínica de Obesidad del Hospital Manuel Gea González, Martín Rojano; la encargada de una investigación sobre obesidad en niños, Pilar Mata, y el director general del nosocomio, Mucio Moreno Portillo, coincidieron en que lo más preocupante y lo que se debe corregir es el entorno familiar.

Lo que es preocupante para la Secretaría de Salud “es que el problema en niños ha superado cifras récord en los últimos años. Esto repercute también en

adolescentes donde el aumento ha sido de 30 a 40 por ciento en jóvenes con sobrepeso y obesidad, y en el adulto, como consecuencia, ha subido hasta 70 por ciento”, expuso el doctor Moreno Portillo.

Refirió que estas estadísticas son las más recientes y se basan en una encuesta que hicieron especialistas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Moreno Portillo resaltó que la obesidad en niños es producto de una disfunción familiar; mientras que al adulto el medio ambiente la afecta en determinado porcentaje, dependiendo de la personalidad de quien se trate, pero en el niño el ciento por ciento del problema de obesidad radica en su medio ambiente, y ese medio ambiente es la familia.⁸

Fabiana Andrea Bellot Rocha publicó en su artículo durante el año 2009 que un 54% de los niños en su totalidad presentan un estado nutricional adecuado, de los cuales el 61% provienen de familias normo-funcionales y el restante 39% provienen de familias disfuncionales.

En relación a la estructura familiar el 50% pertenecen a familias nucleares integras de la misma manera el restante 50% pertenecen a familias nucleares desintegradas; Pero también se pudo observar que un 24% de niños presentan bajo peso y el 22% presentan sobrepeso teniendo un restante 54% con normo-peso.

Por lo tanto concluimos que un alto porcentaje de niños presentan familias normo funcionales, y provienen de familias nucleares integras.

Según el estado nutricional más de 50% son niños eutróficos pero a un existen niños con peso bajo cuyas cifras se igualan a los con niños con sobrepeso. Relacionando el estado nutricional la mayoría de niños eutróficos pertenecen a familias normo funcionales al igual que los niños con sobrepeso.⁹

Sin embargo durante el año 2010 la Dr. Imelda Sandoval Montes y colaboradores publica su artículo titulado obesidad en niños de 6 a 9 años factores socioeconómicos demográficos y disfunción familiar, donde menciona: La obesidad es un problema complejo de salud pública de etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos, socioeconómicos, médicos y psicológicos.

Se ha descrito que los niños que conviven en ambientes familiares desfavorables en los que existe maltrato o problemas en las relaciones padres-hijos pueden generar alteraciones o trastornos de la conducta alimentaria que favorecen el riesgo de obesidad.

Es necesario señalar que en el mundo y en México se han publicado pocos estudios que exploren la disfunción de la dinámica familiar como un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad en el niño por lo que concluye diciendo que no existe una asociación entre obesidad y disfunción familia pero hubo más familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en los niños obesos.¹⁰

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.¹¹

La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar ésta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente y esto puede ocasionar enfermedades físicas o mentales.¹²

Según el investigador MC Master, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

El Funcionamiento Familiar se evalúa, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia través de la

categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento.

De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede "desencadenar" la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia.

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el Funcionamiento Familiar, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo.¹³

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

La palabra "familia" proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.¹⁴

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad."Además la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás."En cambio la familia disfuncional se caracteriza por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta.¹⁵

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las

necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros como el sobrepeso y la obesidad altera la vida del resto de los familiares.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser el sobrepeso y la obesidad en un adolescente, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

De manera general recomendamos como indicadores para medir funcionamiento familiar lo siguiente: Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual). Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía).

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.

Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extra verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc. Aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la

adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas).

Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. Por lo tanto se enfatiza que no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.¹⁶

Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo

teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte FACES III.

Aunque recientes publicaciones han dado a conocer FACES IV y sus seis escalas (dos balanceadas y cuatro no balanceadas) es necesario considerar que el proceso de traducción, retrotraducción, transculturación, aplicación a muestras heterogéneas de familias, evaluación de consistencia interna de cada escala, así como la evaluación de su validez de constructor no se han efectuado todavía en español.¹⁷

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.¹⁸

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH.¹⁹

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.²⁰

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido.

En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y hecha mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.²¹

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias.

El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.²²

Es indispensable que los profesionales de la salud interesados en aplicar FACES III se documenten suficientemente acerca de los elementos teóricos que sustentan al Modelo Circunflejo, sus dimensiones, características, condiciones para su aplicación (adultos que sepan leer y escribir, cuyas familias estén compuestas por padre, madre e hijos) y la forma de calificación indicada por los autores del instrumento de tal forma que los resultados obtenidos sean interpretados adecuadamente.

La clasificación de familias mediante este instrumento permite señalar que, ante una evaluación extrema, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud,

como de otros instrumentos. La manera en que los factores de estrés afectan a estas familias, así como las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. Tanto el manejo adecuado de la disfunción, así como de los problemas de salud relacionados requerirán de una intervención terapéutica multidisciplinaria.²³

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a los niños y adolescentes de todo el mundo con una prevalencia de sobrepeso en adolescentes de 10 a 19 años de 16,8 % en hombres y 22,7 % en mujeres y la prevalencia de obesidad, de 9,1 % en hombres y 10,6 % en mujeres algunos ya con consecuencias de esta como diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, etc. nuestro estado así como otros en el país no están exentos de este padecimiento.

En el municipio de Ezequiel Montes una gran parte de los adolescentes y niños presentan esta patología. (SIAIS)²⁴

La gran mayoría de adolescentes refiere presentar alteraciones emocionales ya que la obesidad los limita para realizar actividades recreativas, deportivas, culturales y de trabajo, siendo estigmatizado hasta dentro de la familia lo cual causa inconformidad y molestia en el adolescente, en algunas ocasiones a incrementar su ingesta de alimento como respuesta de rebeldía, lo que repercute en alteraciones en la funcionalidad familiar.

En la consulta externa de la unidad de Medicina Familiar se presentaron 536 adolescentes con diagnóstico secundario de sobrepeso y obesidad en el periodo comprendido de enero a octubre del 2004, aún sin tener la cultura de que el sobrepeso y la obesidad son también entidades que conllevan riesgo para otras patologías y para alteraciones en el funcionamiento familiar. (SIAIS)

Por lo que planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar que existe en los adolescentes con sobrepeso y obesidad?

3. JUSTIFICACIÓN

Debido a que la obesidad repercute en múltiples patologías orgánicas (principalmente diabetes, hipertensión y dislipidemias), psicológicas y sociales es importante tomar medidas preventivas que nos lleven a disminuir estos riesgos, así como conocer la funcionalidad familiar que se presenta en estos pacientes, adolescentes con sobrepeso y obesidad de nuestra unidad médica, ya que la incidencia de esta patología se encuentra en aumento convirtiéndola en un problema de salud pública en donde el manejo debiera de ser multidisciplinario involucrando a médicos de primer contacto, nutriólogos, psicólogos, etc.²⁵

Donde la familia forma parte importante en el manejo, ya que la conducta que presentan los adolescentes al sentirse rechazados por su familia y la sociedad influyen aumentando los problemas de sobrepeso y obesidad así como también las repercusiones sociales.

4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

4.1 Objetivo General

Determinar la funcionalidad familiar en los adolescentes con sobrepeso y obesidad.

4.2 Objetivos específicos.

1. Identificar la funcionalidad familiar de los adolescentes con sobrepeso y obesidad.
2. Identificar el índice de masa corporal en los adolescentes.
3. Registrar sobrepeso y obesidad de los adolescentes.
4. Identificar edad y sexo de los adolescentes con sobrepeso y obesidad.

5. HIPOTESIS

La funcionalidad familiar en los adolescentes con sobrepeso y obesidad es mayor al 65%.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo: Transversal- descriptivo.

El estudio se realizó en 85 adolescentes de 14 a 17 años con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF # 58 Ezequiel Montes, del 1º de julio al 30 de septiembre del 2007 que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar.

Muestra:

El tamaño de muestra se calculó utilizando el programa EPI INFO V6, en una población de 812 adolescentes con sobrepeso y obesidad adscritos a la Unidad, con una prevalencia de disfunción familiar del 49%, error estadístico del 10% y una confiabilidad del 95%.

Criterios de Inclusión:

Adolescentes con sobrepeso y obesidad de 14 a 17 años y IMC de 25 a 34 y ambos padres adscritos a la unidad que aceptaron participar y firmaron hoja de consentimiento informado.

Criterio de no inclusión:

Adolescentes con discapacidad que no pudieran contestar el cuestionario.

Adolescentes con sobrepeso u obesidad que presentaban patologías crónicas agregadas endocrinas diagnosticadas como hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, etc.

Criterio de eliminación:

Adolescentes que no contestaron el cuestionario FACES III al 100%

Adolescentes que fueron dados de baja durante el estudio.

VARIABLES

Cuadro No. 1. Funcionalidad Familiar de acuerdo a la edad y sexo.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Indicador
Funcionalidad familiar	Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.	Resultado de la aplicación del instrumento de evaluación FACES III modificado, que evalúa cohesión y adaptabilidad	Cuantitativa	Balanceada (funcional) Rango medio (funcional) Rango extremo (disfuncional)
Edad	Tiempo cronológico de una persona en años	Adolescentes de 15 a 19 años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Distinción fenotípica del individuo.	La mencionada por el individuo en el momento del estudio en femenino o masculino.	Cualitativo	Femenino Masculino

IMC	Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevado al cuadrado	Peso adecuado de 18.6-24.9 do. Valor de 25-29.9 indica sobrepeso. Un valor \geq a 30 indica obesidad.	Cuantitativa	Peso adecuado Sobrepeso Obesidad: GI,GII;GIII;GIV
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--------------------------------------------------------------------

Método para captar la información

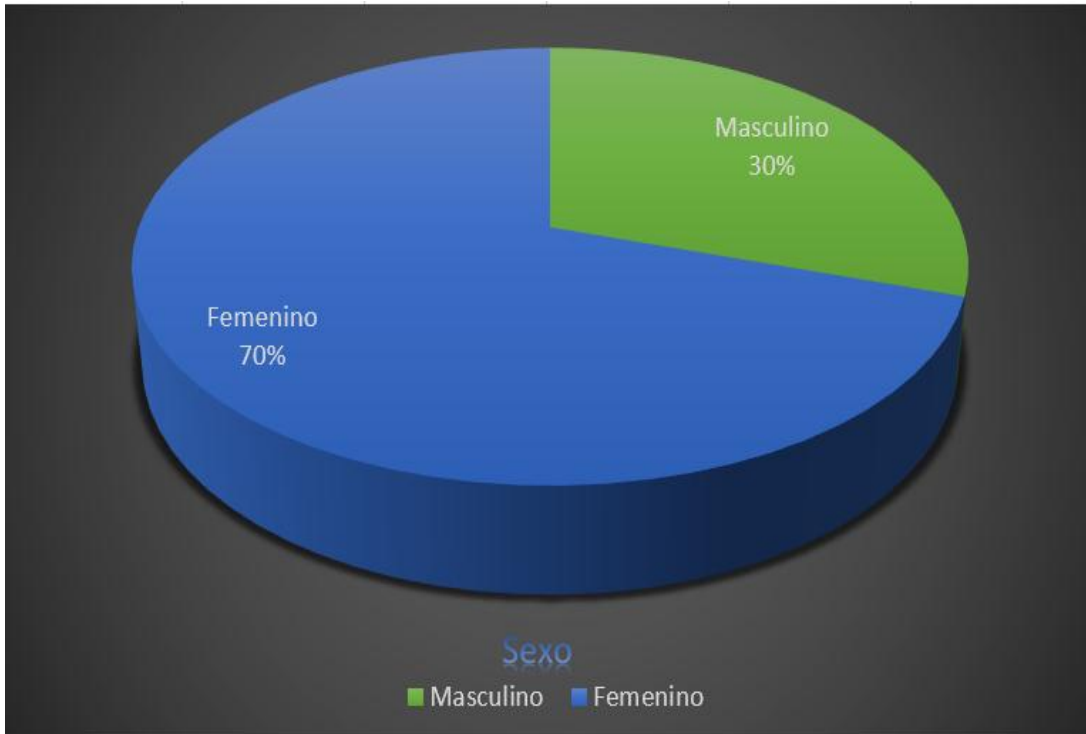
Previa firma de Hoja de Consentimiento Informado, se estudiaron 86 adolescentes de 14 a 17 años con sobrepeso y obesidad en donde se les registro edad, sexo, peso, talla, IMC, se utilizaron las tablas de la CDC de percentiles de peso y tallas en adolescentes, se capturaron en hoja Excel los que presentaron índices de masa corporal: de 25 a 29.9 (sobrepeso) y de 30 a 34.9 (obesidad). Se midieron y pesaron en bascula con escalimetro para registrase en las tablas de la CDC y registrar las percentilas de obesidad y sobrepeso en adolescentes, posteriormente se aplicó por el investigador el cuestionario de faces III tanto a los adolescentes seleccionados.

Se realizó análisis estadístico para estudios descriptivos

7. RESULTADOS.

Se estudiaron 85 adolescentes, 60 (70.6%) del sexo femenino.

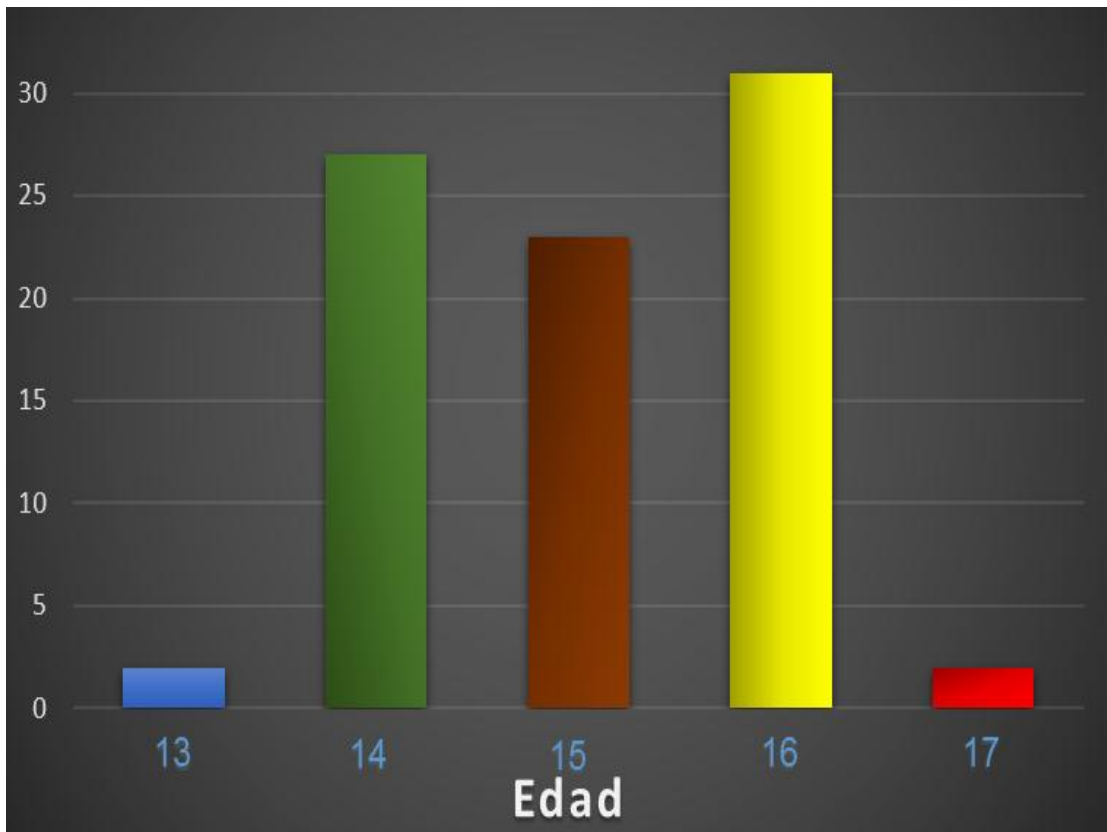
Gráfica No 1. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES POR SEXO



Fuente: Cuestionarios Aplicados

En relación a la edad predominaron los adolescentes de 16 años con el 36.5%.

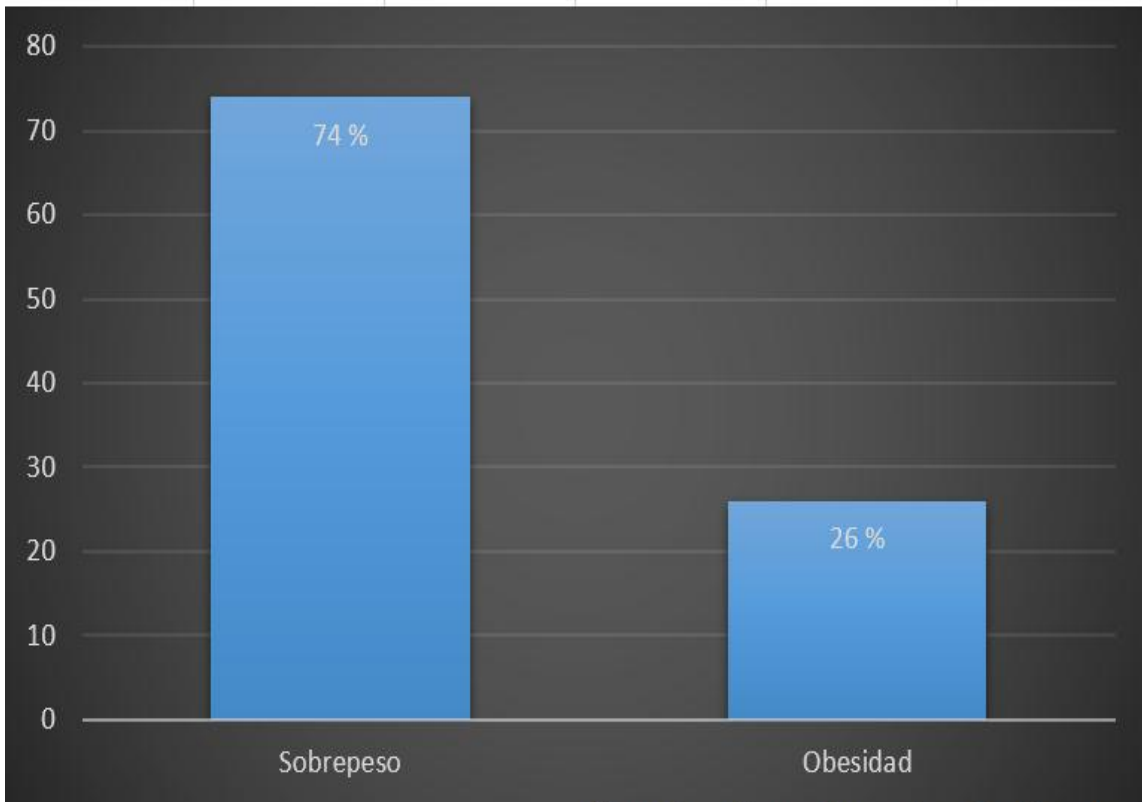
Gráfica No 2. ADOLESCENTES POR EDAD.



Fuente: Cuestionarios Aplicados

Se diagnosticó el 74.1% con sobrepeso.

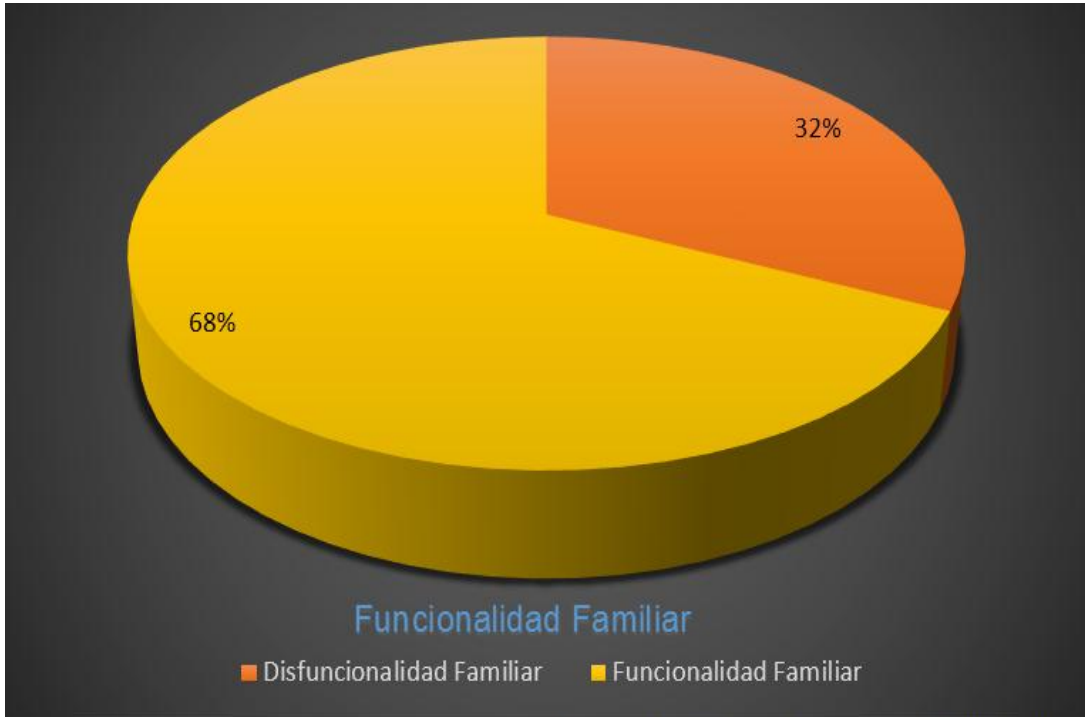
Gráfica No 3. ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: Cuestionarios Aplicados

El 31.8% de los adolescentes resultó con disfuncionalidad familiar.

Gráfica No 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES



Fuente: Cuestionarios Aplicados

En relación al sexo presentan mayor disfuncionalidad las mujeres como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2. Funcionalidad familiar en relación al sexo

	Funcionalidad familiar		Total
Sexo	Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad familiar	
Masculino	18	7	25
Femenino	40	20	60
Total	58	27	85

Fuente: Cuestionario FACES III

La disfuncionalidad familiar en relación al sobrepeso y obesidad en los adolescentes se presentó con predominio en el grupo de sobrepeso como se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro No. 3. Funcionalidad familiar en adolescentes con sobrepeso y obesidad.

Funcionalidad Familiar en pacientes con sobrepeso y obesidad

	Funcionalidad familiar		Total
	Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad familiar	
Sobrepeso	41	22	63
Obesidad	17	5	22
Total	58	27	85

Fuente: Cuestionarios de FACESIII

8. DISCUSIÓN

Al igual que en los múltiples estudios mencionados en ESA 2000,¹ el problema de sobrepeso y obesidad en los adolescentes es más grave en la actualidad y va en aumento.

En relación al artículo de la Dra. Imelda E. Sandoval,⁹ encontramos al igual que ellos que la disfunción familiar no es factor determinante para la existencia de sobrepeso y la obesidad, ni estos para que se presente disfuncionalidad familiar.

Encontramos diferencias con el artículo del Dr. Moreno Portillo,⁷ que menciona que el sobrepeso y obesidad son debido a la disfuncionalidad familiar.

A diferencia con Raymundo Macias,¹³ que refiere que un inadecuado funcionamiento familiar producen familias con enfermedades tendientes a la cronicidad , no se encontró esta relación en la población estudiada.

9. CONCLUSIONES

La funcionalidad familiar no tiene relación con el sobrepeso y obesidad en los adolescentes.

Se presentó una funcionalidad familiar del 68% en los adolescentes con sobrepeso y obesidad.

En relación al sexo el 70% fueron adolescentes del sexo femenino.

El 32% presentan disfunción familiar.

La obesidad representó el 26% y el sobrepeso el 74%.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Obesidad Durante la Infancia y la Adolescencia (Clínicas Médicas de Norteamérica v 4/ 2001 DENIS M.
2. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición oct-1998 a mayo de 1999.
3. ENCO PREVENIMSS (Encuesta Nacional de Cobertura) 2003 Pag 102.
4. Norma Oficial Mexicana 174 ss 1- 1998.
5. Prados Quel Ma, Guerrero Ruiz T, Factores Familiares y Socioculturales que Intervienen en la Aparición de Obesidad en la Adolescencia. Centro de Salud Universitario de Cantuja Granada.
6. (REVISIÓN MÉDICA). Tobarda –Restrepo Pa. Pérez -Cano Me. Funcionalidad Familiar, Seguridad Alimentaria y Estado Nutricional de Niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquian. Rev Ces Med. 2011; 25(1): 6 – 19.
7. Se Incrementa Obesidad en Infantes entre 5 y 11 años en el País. la Crónica de hoy del 15/09/2007 . Moreno portilla.
8. Bellot Rocha Fabian Andrea et al. Estado Nutricional y su Relación con la Estructura-Función Familiar en Menores de 5 años de Pediatría, Caja Nacional de Salud 2009. Rev. Cient Cienc Med 2010;13(1): 22-4
9. Sandoval Montes Imelda, et al, Obesidad en Niños de 6-9 años, Factores Socioeconómicos, Demográficos y Disfuncional. Revista Med, Imss 2010 Vol 48 (5) Pag 485-490.
10. Ortiz M.T. Lauro I. Proyectos de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Tesis para optar por Maestría en Salud Pública. 1996).
11. Jiménez Garcés Clementina, et al. Funcionalidad Familiar y Problemática de Salud en Adolescentes. Revista Electrónicos de Portales Medicos.Com. Publicado: 12/02/2010
12. La Salud Familiar Rev Cubana Medicina Integral, 15(4) 439-45.
13. La Familia como Unidad de Análisis REV.MED.IMSS 1983 Vol 21 n 4 Pag. 348 a 35º.
14. Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético, REVISTA MÉDICA DEL IMSS Vol 42 n 4 julio- agosto 2004, Pag. 282.

15. La Familia Funcional y Disfuncional un Indicador de Salud
Rev.Cubana.Med. Gen. Integ. 1997 13 (6) Pag 591-5.
16. Olson Dh, Gorall Dm. Circumplex Model of Marital and Family Systems.
Chapter 19 in: Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity.
Edited by Froma Walsh. 3a ed. Guilford Press. New York. 2003; 514-547.
17. Gomez -Clavelina Fj, Irigoyen-Coria Ae, Ponce-Rosas Er, Mazon-Ramirez Jj, Dickinson -Bannack Me, Sanchez -Gonzalez Me, Ferrnandez-Orega.
Versión al Español y Adaptación Transcultural de Faces iii (family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales. Arch Med Fam 1999;1(3):73-79.
18. Ponce-Rosas Er, Gomez-Clavelina FJ, Irigoyen –Coria Ae, Teran –Trillo M, Landgrave -Ibanez S, Hernandez -Gomez A, Montesinos -Guerrero Mr, Hernandez –Soto Mc. Análisis de la Confiabilidad de Faces iii Versión en Español. Aten Primaria 1999; 23(8):479-484.
19. Ponce Rosas Er, Gomez - Clavelina FJ, Teran Trillo M, Irigoyen -Coria Ae, Landrave -Ibañez S. Validez de Constructo del Cuestionario Faces iii en Español (México). Aten Primaria 2002; 30(10): 624-630.
20. Olson Dh, Russell Cs, Sprenkle Dh. Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families. Haworth Press. New York. 1989.
21. Thomas V, Olson Dh. Problem Families and the Circumplex Model: Observational Assessment Using the Clinical Rating Scale. Jour Mar Fam Ther 1993;19:159-175.
22. Olson Dh. Circumplex Model Of Marital And Family Systems. Jour Famther 2000;22(2):144-167.
23. Deccarett Nidia J, et al, Obesidad como Factor de Riesgo para Transtornos Metabólicos en Adolescentes, Rev. Salud Publica Vol 9(2) año 2007 Pag 180-193.
24. (SIAS) Sistema de Información de Atención Integral a la Salud
25. Amancio Chassin Octavo, et al, Ejercicio Actual de la Medicina (obesidad).www.Facmed.Unam.mx/Eventos/Seam2k1/.../May_01_Ponencia.Html.

11. ANEXOS

FACES III

OLSON DH. PORTNERT J, LAVEE Y.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

DESCRIBA SU FAMILIA:

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- _____ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con nuestros familiares mas cercano
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ 7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
- _____ 14. En nuestra familias las reglas cambian
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

- _____ **16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros**
- _____ **17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones**
- _____ **18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad**
- _____ **19. La unión familiar es muy importante**
- _____ **20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar**

FACES III

ESCALA PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

COHESION

NO RELACIONADA 10 A 34 EXTREMA

SEMIRELACIONADA 35 A 40 MEJOR

RELACIONADA 41 A 45 MEJOR

AGLUTINADA 46 A 50 EXTREMA

ADAPTABILIDAD

RIGIDA 10 A 19 EXTREMA

ESTRUCTURADA 20 A 24 MEJOR

FLEXIBLE 25 A 28 MEJOR

CAOTICA 29 A 50 EXTREMA

ORIGINA 16 COMBINACIONES

LAS MÁS FUNCIONALES SON:

MEJOR COHESION Y MEJOR ADAPTABILIDAD

LAS DE MEDIANA FUNCIONALIDAD SON:

MEJOR COHESION Y EXTREMA ADAPTABILIDAD

EXTREMA COHESION Y MEJOR ADAPTABILIDAD

LAS MENOS FUNCIONALES SON:

EXTREMA COHESION Y EXTREMA ADAPTABILIDAD

Modelo Circunflejo. FACES III

16 tipos de familias

	No. Relacionada	Semi- relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	17	2	0	0	19	21.8
Flexible	13	0	0	0	13	14.9
Estructu rada	34	5	0	0	39	47.1
Rígida	9	5	0	0	14	16.0
Total	73	12	0	0	85	100
%	85.88	14.11	0	0	100	

La calificación en COHESIÓN es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los items NONES.

La calificación en ADAPTABILIDAD es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los items PARES.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SAN JUAN DEL RIO, QRO. A **DEL 2007.**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Registrado ante el comité local de investigación en salud con número

El objetivo del estudio es

DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en CONTESTAR UNA CEDULA FORMULADA PARA ENTREVISTA

Declaro que se me ha informado que no existe, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

CONTESTAR PREGUNTAS DE CEDULA POR MEDIO DE UNA ENTREVISTA EN LA CUAL SE OMITIRÁ MI NOMBRE PARA ASEGURAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6

SAN JUAN DEL RÍO

GRÁFICA DE GANTT PARA CONTROL DE AVANCE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	AV AN CE
Selección y planteamiento del problema a investigar	<i>P</i>			2005	2005									100 %
	<i>R</i>			***	***									
Presentación del planteamiento del problema con coordinador de educ. e invest. médica	<i>P</i>					2005	2005	2005						
	<i>R</i>					***	***	***						
Búsqueda de la información	<i>P</i>								2005	2005	2005	2005	2005	
	<i>R</i>								***	***	***	***	***	
Elaboración y presentación del protocolo de investigación	<i>P</i>	2006	2006	2006	2006	2006	2006							
	<i>R</i>	***	***	***	***	***	***							

Presentación del protocolo con el comité local de investigación para revisiones.	<i>P</i>							2006	2006	2006				
	<i>R</i>							***	***	***				
Revisión del protocolo para presentación final	<i>P</i>										2006	2006		
	<i>R</i>										***	***		
Aplicación de prueba piloto del modelo de cedula	<i>P</i>	200	200											
	<i>R</i>	***	***											
Recolección de la información, aplicación de encuestas	<i>P</i>				2007	2007	2007	2007	2007	2007				
	<i>R</i>				***	***	***	***						
Elaboración de base de datos en sistema epi-info ver. 6.0 y captura de datos	<i>P</i>										2007	2007		
	<i>R</i>													
Análisis de la información y presentación preliminar	<i>P</i>												2007	
	<i>R</i>													
Presentación final del trabajo de investigación	<i>P</i>	200	8											
	<i>R</i>													