



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA CON LOS HABITOS
ALIMENTARIOS EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE
EDAD PERTENECIENTE A LA UMF#11 IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

Miguel G. González Landa

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes

Aguascalientes, Ags., 31 de enero de 2017



AGUASCALIENTES, AGS. 30 ENERO 2017

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. MIGUEL G. GONZÁLEZ LANDA

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A HABITOS ALIMENTARIOS EN
PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD USUARIOS DE LA UMF #11, IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES."**

Número de Registro R-2016-101-08 del Comité Local de Investigación y Ética en la investigación en salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Miguel G. González Landa asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE



DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES
ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2017

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECNO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. MIGUEL G. GONZÁLEZ LANDA

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A HABITOS ALIMENTARIOS EN
PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD USUARIOS DE LA UMF #11, IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”**

Número de Registro R-2016-101-08 del Comité Local de Investigación y Ética en la investigación en salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Miguel G. González Landa asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE



DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MIGUEL G. GONZÁLEZ LANDA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTE A LA UMF#11 IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 31 de Enero de 2017.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa del Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

Primeramente doy gracias a Dios por permitirme la vida, por darme siempre su bendición antes y después de cada aprendizaje y permitirme llegar a la meta deseada.

A la vida misma que me dio la oportunidad de rodearme de la gente necesaria para culminar cada uno de mis sueños y por permitirme no dejar de soñar.

A mis padres por haberme dado la vida, su apoyo incondicional en mi desarrollo personal y profesional y por manifestarme siempre su amor. A ti Papá por tu fe y confianza que siempre me brindaste. A ti Mamá que con tus oraciones y sabios consejos me has guiado siempre hacia adelante.

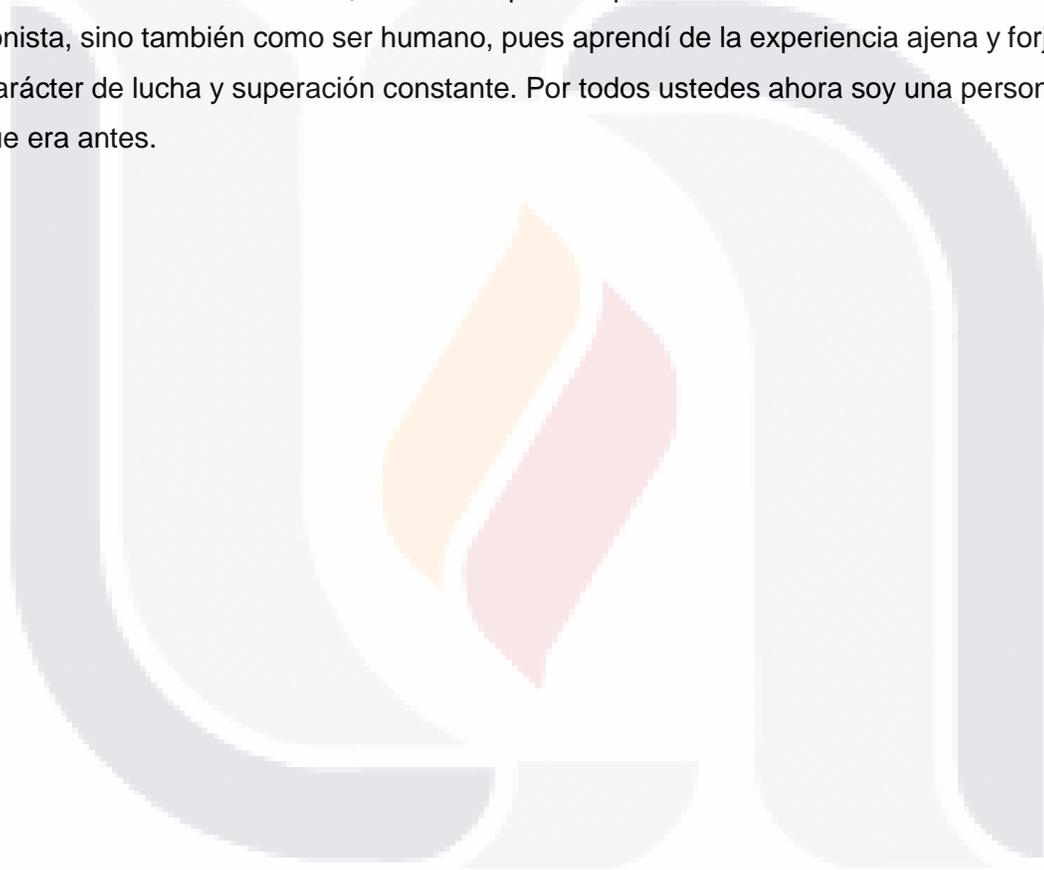
A mis Hermanos por permanecer a mi lado en los momentos tanto buenos como difíciles de mi vida, por el apoyo moral que durante mis estudios me brindaron en el logro de un importante objetivo de mi vida, apoyo que recordare para siempre como ejemplo de lucha y superación, los quiero mucho

A mis grandes amigos por su permanente presencia en mi vida y por impulsarme también a ser mejor cada día.

A mis maestros, quienes a través de sus conocimientos me motivaron a estudiar y adquirir nuevos conocimientos, en especial a Estrella, mi asesora, quien con su paciencia, esfuerzo y dedicación me ayudo a sacar este trabajo adelante.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a todas esas personas que se han aportado cosas valiosas a mi vida, que me enseñaron a nunca rendirme ante el miedo, a creer en mí y sobre todo que me enseñaron que si luchas por aquellos sueños que parecen imposibles, en algún momento son posibles y después es inevitable alcanzarlos; a todos aquellos que me han hecho crecer no solo como profesionista, sino también como ser humano, pues aprendí de la experiencia ajena y forjaron en mi un carácter de lucha y superación constante. Por todos ustedes ahora soy una persona mejor de lo que era antes.



INDICE GENERAL

Contenido

INDICE GENERAL 1

INDICE DE TABLAS 3

ACRONIMOS 5

RESUMEN 6

ABSTRACT 7

I. INTRODUCCIÓN 8

II. MARCO TEORICO 9

II.A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 9

II.B.- MODELOS Y TEORIAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACION. 13

 Teoría General de los Sistemas 13

 Características de los Sistemas: 13

 Principio de Sistemas: 13

 Clasificación de los Sistemas: 13

 Teoría General de los Sistemas en la Familia 14

 Postulados Básicos en el Estudio de la Familia como Sistema 14

 Objetivos del sistema familiar 15

 Funciones 15

 Hábitos Alimentarios: 16

 Modelo Ecosocial 18

III. JUSTIFICACIÓN 21

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 22

IV.A.- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO 22

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD 23

IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD: 24

IV.C.1.- NIVEL LEGISLATIVO 24

IV.C.2.- NIVEL POLÍTICO 24

IV.C.3.- NIVEL INSTITUCIONAL 26

IV.D.- NATURALEZA DEL PROBLEMA 27

IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA 28

IV.F.- DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA..... 28

IV.G.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA 29

IV.H.- ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO30

IV.I.- BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA 31

IV.J.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA 32

IV.K.- LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 32

V.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 33

VI.- OBJETIVOS..... 34

 VI.A.- OBJETIVO GENERAL 34

 VI.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 34

VII.- HIPÓTESIS 35

 VII.A.- HIPÓTESIS ALTERNA GERENAL (H_1)..... 35

 VII.A.1- HIPÓTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS (H_1)..... 35

 VII.B.- HIPÓTESIS NULA GENERAL (H_0)..... 36

 VII.B.1- HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS (H_0)..... 36

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS..... 37

 VIII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO 37

 VIII.B.-POBLACIÓN DE ESTUDIO 38

 VIII.B.1.- Universo de Trabajo 38

 VIII.B.2.- Población en estudio 38

 VIII.B.3.-Unidad de análisis y de observación: 38

 VIII.B.4.- Criterios de inclusión 38

 VIII.B.5.- Criterios de no inclusión 38

 VIII.B.6.- Criterios de eliminación 38

 VIII.C.-TIPO DE MUESTREO 38

 VIII.D.- UNIVERSO Y MUESTRA 38

 VIII.E.- LOGÍSTICA 39

VIII.F.- TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
VIII.F.1.- INSTRUMENTO FUNQUI PARA MEDIR FUNCIONALIDAD FAMILIAR	40
VIII.F.1.2- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:	42
VIII.F.2.- CUESTIONARIO PARA EVLUAR CONDUCTAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN USUARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	44
VIII.F.2.1- PONDERACIÓN DE LAS DIMENSIONES (10).....	46
VIII.G.- PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	47
VIII.I.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	47
VIII.J.- ASPECTOS ÉTICOS	48
VIII.K.- RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD	48
IX.- RESULTADOS	50
Tabla 1. Resultados Sociodemográficos	50
Tabla 2. Distribución de la Funcionalidad familiar	51
Tabla 3. Distribución de la Funcionalidad Familiar por Áreas	52
Tabla 4. Distribución de las conductas y hábitos alimentarios	53
Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y las conductas y hábitos alimentarios.....	54
Tabla 6. Asociación entre variables de funcionalidad familiar y las conductas y hábitos alimentarios	55
Tabla 7. Regresión logística de variables sociodemográficas y de funcionalidad familiar	56
X. DISCUSIÓN	57
XI. CONCLUSIONES.....	59
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	61
XIII. ANEXOS	66

INDICE DE TABLAS

Contenido

Tabla 1. Resultados Sociodemográficos	50
Tabla 2. Distribución de la Funcionalidad familiar	51
Tabla 3. Distribución de la Funcionalidad Familiar por Áreas	52

Tabla 4. Distribución de las conductas y hábitos alimentarios 53

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y las conductas y hábitos alimentarios 54

Tabla 6. Asociación entre variables de funcionalidad familiar y las conductas y hábitos alimentarios 55

Tabla 7. Regresión logística de variables sociodemográficas y de funcionalidad familiar 56



ACRONIMOS

UMF: Unidad de Medicina Familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

HGZ: Hospital General de Zona

TGS: Teoría General de los Sistemas

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ANSA: Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

FACES: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

FAD: The Family Assessment Device

SFI: The Self Report Family Inventory

FAM: The Family Assessment Measure

FES: Family Environment Scale

FFI: The Family Functioning Index

FFQ: The Functioning Questionnaire

OR: Odds Ratio

RR: Riesgo Relativo



RESUMEN

Funcionalidad Familiar asociada con los Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años de edad pertenecientes a la UMF#11 Aguascalientes.

Justificación: El fenómeno de transición nutricional ha alcanzado niveles globales y se considera que los hábitos alimentarios es uno de los aspectos que influye de manera decisiva sobre la salud. En las últimas décadas, se ha despertado un gran interés por estudiar el rol de la familia en la salud del individuo, las disfunciones familiares han sido relacionadas a múltiples problemas de salud; considerando que muchas variantes conductuales y culturales como lo son los hábitos alimentarios se inculcan en la familia y lo sano o lo mal que nos alimentamos dependerá en gran medida del tipo de familia en que se desenvuelve el individuo, es importante determinar la asociación de forma cuantitativa y confiable entre la Funcionalidad Familiar y los Hábitos Alimentarios.

Objetivo: Determinar la asociación entre Funcionalidad Familiar y Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años de la UMF#11 Aguascalientes.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, transversal comparativo, con una muestra de 381 pacientes de la UMF#11 Aguascalientes, mayores de 18 años, de ambos sexos; se les aplicaron los cuestionarios de Funcionalidad Familiar y cuestionario de Conductas y Hábitos Alimentarios. El Análisis se realizó con estadística descriptiva, descripción de características sociodemográficas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, para la estadística inferencial se usaron variables de frecuencia χ^2 cuadrada o prueba de Fisher, para variables ordinales U de Mann Whitney, para variables numéricas continuas T de Student de acuerdo a su distribución, se tomaron como significativo un valor menor a $p < 0.05$. Se realizó regresión logística para las variables dependientes e independientes.

Resultados: Se obtuvo que 96.3% de entrevistados pertenecen a una familia funcional; en el 47.8% de las familias tienen hábitos y conductas alimentarias deficientes, 49.6% suficientes y el 2.6% son saludables. En las asociaciones crudas las familias disfuncionales tienen 14 veces más probabilidad de presentar conductas y hábitos alimentarios deficientes; En la asociación ajustada, sólo se encontró asociación entre la sexualidad, con un OR ajustado de 4.69.

Palabras Clave: Funcionalidad Familiar, Hábitos Alimentarios, Conductas Alimentarias, FUNQUI.

ABSTRACT

Family Functionality associated with Eating Habits in patients over 18 years of age belonging to UMF # 11 Aguascalientes.

Justification: The nutritional transition phenomenon has reached global levels and it is considered that eating habits are one of the aspects that influence health decisively. In the last decades, a great interest has been aroused to study the role of the family in the health of the individual, the familiar dysfunctions have been related to multiple health problems; Considering that many behavioral and cultural variants such as eating habits are instilled in the family and the healthy or the bad that we feed will depend largely on the type of family in which the individual develops, it is important to determine the association quantitatively And reliable between Family Functionality and Eating Habits.

Objective: To determine the association between Family Functionality and Eating Habits in patients older than 18 years of UMF # 11 Aguascalientes.

Material and Methods: A comparative, observational, analytical, cross-sectional study with a sample of 381 patients from the Aguascalientes UMF # 11, older than 18 years, of both sexes; They will be applied the Family Functionality questionnaires and questionnaire of Behaviors and Food Habits. The analysis was performed with descriptive statistics, descriptions of sociodemographic characteristics, measures of central tendency and measures of dispersion, for variables inferential Xi square or Fisher's test, for ordinal variables U of Mann Wihtney, for continuous numerical variables T of Student according to their distribution, were taken as significant a smaller value ap <0.05. Logistic regression was performed for the dependent and independent variables.

Results: It was obtained that 96.3% of respondents belong to a functional family; 47.8% of families have poor eating habits and behaviors, 49.6% are adequate and 2.6% are healthy. In crude associations, dysfunctional families are 14 times more likely to have poor eating habits and behaviors; In the adjusted association, only association between sexuality was found, with a adjusted OR of 4.69.

Keywords: Family Functionality, Eating Habits, Eating Behavior, FUNQUI.

I. INTRODUCCIÓN

La transición demográfica como causa y consecuencia de los cambios sociales y económicos que están ocurriendo en nuestro país, repercute en la morbilidad y mortalidad de los individuos y en la conformación de las familias, modificando la forma en que se presenta el proceso de salud-enfermedad.

En las últimas décadas, ha habido una transformación vertiginosa de los hábitos alimentarios, al punto de considerarse que los malos hábitos alimentarios son un problema de salud pública, dada su prevalencia y su relación indirecta con enfermedades crónicas, que ocasionan discapacidad y muerte, como lo es las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2; es también un problema social tanto en su causalidad como en sus consecuencias.

La familia es la estructura y forma de organización, base de toda sociedad; en ella se comparten los genes y del ambiente familiar obtenemos gran parte de las creencias, estilos de afrontamiento, capacidades, ideas y hábitos. Al estudiar diferentes patologías como lo es la obesidad y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la funcionalidad familiar, se describe la implicación de la dieta como un mecanismo implícito, adjudicándose su desarrollo predominante a los aspectos de funcionamiento familiar como mala comunicación, falta de control de conducta, altos niveles de conflicto familiar y bajos valores y jerarquías en la familia, sin embargo los estudios se han enfocándose en medir y determinar el consumo de alimentos y/o nutrientes de forma cuantitativa, pero no incluyen específicamente aspectos del comportamiento de los sujetos, no encontrando datos o estudios que asocien, cuantifiquen, comparen o contrasten las variables de hábitos o conductas alimentarios en relación la funcionalidad familiar.

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir en el proceso salud-enfermedad, por lo cual toma relevancia el estudiar la funcionalidad familiar en asociación a conductas y hábitos alimentarios mediante la aplicación de encuestas, con el interés de aportar información para la comprensión de la casuística de las enfermedades crónicas no transmisibles y su control en el primer nivel de atención, así como establecer el tipo de familia durante el proceso de tratamiento, con la finalidad de establecer pautas de conducta e identificar posibles formas de atacar el problema de malos hábitos alimentarios.

II. MARCO TEORICO

II.A.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Posterior a una búsqueda sistematizada y exhaustiva en bases de información como BVS, PUBMED, COCHRANE, MEDLINE, OVID, SCIRUS, REDALYC, etc. Pocos fueron los estudios que se encontraron relacionados a las variables de estudio, funcionalidad familiar y Hábitos Alimentarios en adultos, sin embargo, también se encuentran varios estudios los cuales relacionan la funcionalidad familiar con otra entidad nosológica, utilizando el instrumento de Funcionalidad Familiar de nuestra investigación.

Torres (2014); Utilizando el instrumento FUNQUI para medir funcionalidad familiar, realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, en 43 mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino in situ adscritas al servicio de clínica de colposcopia y displasias del HGZ No.1 del IMSS delegación Aguascalientes, el objetivo fue determinar la funcionalidad familiar en dichas mujeres, obteniendo que la funcionalidad familiar no se encuentra alterada en mujeres con cáncer cervicouterino in situ, ya que el 90.7% de las mujeres tienen una funcionalidad familiar conservada; además que no existe asociación entre las variables sociodemográficas y funcionalidad familiar ($p>0.05$). (1)

Castillo (2013); valoro funcionalidad familiar mediante el instrumento FUNQUI en un estudio para relacionar la funcionalidad familiar con el autoestima mediante la utilización del test de Rosenberg para medir dicha variable. El estudio se realizó en Médicos de la UMF No 92, fue un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal en 55 médicos. Los resultados mostraron que los niveles de autoestima tienen una relación con la funcionalidad familiar en la Unidad de Medicina Familiar No 92, ya que 80% de los médicos tenían un nivel de autoestima alto, 83.6% familias funcionales. (2)

Hernández (2013); Realizo la validación del Instrumento de Funcionalidad Familiar "FUNQUI" el cual fue creado en base a la realidad latinoamericana en el IMSS. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal. Se tomó una muestra de 102 pacientes a quienes se les aplico a ciegas los Instrumentos de Funcionalidad Familiar "FUNQUI" y "FACES III". Obteniendo que la prevalencia de familias disfuncionales mediante FACES III fue de 7.84% y con FUNQUI 5.88%, el cual presento una sensibilidad de 75% y una especificidad del 100% con un valor predictivo positivo del 100% y negativo del 98% al compararlo con FACES III. Concluyendo que es un instrumento confiable para la medición de Disfunción Familiar por presentar valores de

sensibilidad y especificidad aceptables. Además, el FACES III, permite clasificar a la familia según la cohesión y adaptabilidad, sin tomar en cuenta las esferas bio-psico-Social de la persona y su entorno familiar, como lo hace el FUNQUI. (3)

Moreno (2013); utilizando el cuestionario FUNQUI para evaluar funcionalidad familiar, la escala de Hamilton para medir depresión y el cuestionario de Interacción trabajo-familia de Swing, realizo un estudio transversal, observacional y descriptivo, para valorar la Interacción trabajo-familia, funcionalidad familiar y depresión, en 224 mujeres trabajadoras de la UMF No 64 del IMSS. Se obtuvo que 100% de las familias del personal evaluado eran funcionales. (4)

Rania (2012); realizo un estudio de cohorte desde 1992, sobre la asociación de los patrones de alimentación y el riesgo de Diabetes tipo 2 en hombres, basándose en la omisión del desayuno, frecuencia de las comidas y la ingesta de colaciones. Se evaluaron a 29,206 hombres sin diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y cáncer, se les realizo un seguimiento por 16 años, utilizando el análisis de Cox de riesgos proporcionales para evaluar las asociaciones con incidente diabetes tipo 2. Obteniendo un resultado de 1994 casos con diabetes tipo 2 durante el seguimiento, después de ajustar los factores conocidos para riesgo de diabetes tipo 2, incluyendo el índice de masa corporal, los hombres que omitían el desayuno tenían un 21% mayor riesgo de diabetes tipo 2 que los que hicieron los hombres que consumieron el desayuno (RR: 1,21; IC 95%: 1,07-1,35). En relación a los hombres que comieron 3 veces al día en comparación con los hombres que comieron de 1 a 2 veces al día tenían un mayor riesgo de diabetes tipo 2 (RR: 1,25; IC 95%: 1,08-1,45). Estos hallazgos se mantuvieron después de la estratificación por el índice de masa corporal o la calidad de la dieta. Las colaciones adicionales a las 3 comidas principales se asociaron con un mayor riesgo de diabetes tipo 2, sin embargo esta asociación se atenuó después de ajustar el índice de masa corporal. Concluyendo que la omisión del desayuno se asoció con mayor riesgo de diabetes tipo 2 en hombres, incluso después del ajuste para el índice de masa corporal. (5)

K. J. Smith et al (2012); realizaron un estudio transversal analítico sobre frecuencia diaria de alimentación y los factores de riesgo cardiometabólicos en adultos jóvenes de Australia, de los cuales 1273 fueron hombres y 1502 mujeres con edades entre 26 a 36 años. Se realizaron cálculos sobre el número total de ocasiones que se alimentaban, se evaluó la calidad de la dieta, se midió la circunferencia de la cintura y se tomó una muestra de sangre en ayunas. Se obtuvo que la mayoría de los hombres comían 3 a 5 veces al día y la mayoría de las mujeres de 4 a 6

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

veces; en los hombres la comida adicional fue asociada a una reducción en los valores promedio para la circunferencia de la cintura (-0.75cm), la glucosa en ayunas (-0.02mmol/l), insulina en ayunas (-0.34 mU/l; 2-04pmol/l) Tolerancia de Glucosa en ayunas (- 0.03mmol/l), colesterol total (-0.08mmol/l and Colesterol LDL (-0.06mmol/l). tendencias significativas no se observaron en las mujeres. Concluyendo que un mayor número de ocasiones de alimentación se asociaron con reducción de los factores cardiometabólicos en los hombres. (6)

Jayne (2011); realizó un estudio transversal, sobre compra de cena fuera del hogar y las asociaciones con el peso, composición corporal y los biomarcadores relacionados con las enfermedades crónicas entre los adolescentes y sus padres. Se tomó una muestra de 723 padres y 723 hijos, a quienes se realizó encuesta alimentaria y sociodemográfica, se tomaron la presión arterial, medidas antropométricas para detectar sobrepeso u obesidad y muestras de sangre para detección de colesterol, triglicéridos, glucosa en ayunas e insulina. Se encontró que las probabilidades de sobrepeso u obesidad fueron significativamente mayores cuando las familias reportaron al menos una compra de cena fuera del hogar una semana previa (OR=1,2-2,6). La media de porcentaje de grasa corporal y los niveles de insulina fueron significativamente mayores en las familias con compra semanal de cena en restaurantes de comida rápida ($p<0,05$). De igual manera la media del porcentaje de grasa corporal y los niveles de colesterol HDL fueron significativamente más altos para las familias con compra de cena familiar semanal para llevar ($p<0,05$). Las cenas familiares frecuentes pueden ser beneficiosos para los adolescentes para el mantenimiento de un peso saludable. (7)

Treviño (2012); realizó un estudio descriptivo, correlacionar, en 89 personas, para determinar la relación de los factores personales, la influencia familiar, disponibilidad de alimentos y preferencias del individuo con la conducta alimentaria de adultos en riesgo de Diabetes tipo 2, donde se utilizaron el cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios y el cuestionario de Salud Familiar SF-12, entre otros. Se determinó que la influencia familiar asociada con la conducta alimentaria en estos pacientes, no fue significativa ($p=0.753$); al comparar las características individuales, la influencia familiar con el consumo calórico, el modelo global fue significativo ($p=0.85$). (8)

Nonoal (2011); realizó un estudio transversal analítico en 932 adolescentes de 14 a 19 años donde obtuvo que 85% de los adolescentes que consumen alimentos chatarra pertenecen a una familia estructurada, 57.2% de los adolescentes femeninos comen fuera del hogar mientras que

los masculinos lo hacen en un 42.8%. No se encontró asociación entre conducta alimentaria de riesgo y factores familiares, sin embargo se encontró significancia estadística con la adaptabilidad en donde se observó que el 56.3% de los adolescentes que comen fuera de casa perteneces a una familia caótica. Además se identificó que 69.8% de las mujeres y 77.4% de los hombres consumen refresco. (9)

Pino J. et al (2011); realizaron un estudio transversal para construir y validar un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. Obteniendo un instrumento que inicialmente se determinaron 48 preguntas, de las cuales 33 fueron tipo escala Likert, 14 selección múltiple con 5 alternativas y 1 de jerarquización; solo se consideraron como parte del instrumento aquellas preguntas de escala tipo Likert y de selección múltiple, para dar un total de 38 preguntas, distribuidas para la evaluación de 11 dimensiones (Preocupación Alimentaria, Seguimiento de Indicaciones de Salud, Alimentación Fuera de Horarios, Guías Alimentarias, Conductas Alimentarias-Sedentarias, Alimentación Deportiva, Consumo de Alimentos Innecesarios, Alimentos de Alto Consumo, Proceso de Alimentación, Posición al Alimentarse y Sacidad de Alimentos Energéticos) , en las que el puntaje total del instrumento, permite clasificar de acuerdo a 3 puntos de corte; 10,24 puntos (<P 25) se les clasifica como Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes, puntaje en el rango de 10,25 y 12,55 (P 25-75) se les considera Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes, mientras que puntaje superior a 12,56 (>P 75) se les cataloga como personas con Conducta y Hábitos Alimentarios saludables. Fue aplicado a un total de 402 personas, con un alfa de Cronbach de 0.792. (10)

Quijada Fragoso et al (2010). Realizaron un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, para diseñar y validar un instrumento de funcionalidad familiar en México llamado FUNQUI. Se encontró una concordancia de expertos con índice de kappa de Fleiss de 0.79, resultando "Acuerdo Substancial", se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0.88, el alfa de Cronbach final fue de 0.87. lo anterior arrojó un instrumento de 29 ítems, el cual mide la funcionalidad familiar en 10 áreas: 1) Cuidados en la enfermedad, 2) Violencia, 3) Sexualidad, 4) Cuidados de la salud, 5) Límites, 6) Jerarquías, 7) Tareas en casa, 8) Afecto, 9) Socialización Interna y 10) Socialización Externa. (11)

II.B.- MODELOS Y TEORIAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACION.

Teoría General de los Sistemas

En la década de los 60's surge La Teoría General de los Sistemas (TGS) en la cual Von Bertalanffy da una explicación de la organización de muchos fenómenos naturales, incluida la familia. (12) Un cambio en una parte del sistema provoca un cambio en todos los demás elementos y en el sistema total. (13)

En lo que respecta a los sistemas humanos se habla del sistema relacional, constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades. (14)

Características de los Sistemas:

1. Todo sistema contiene subsistemas y está contenido en suprasistemas.
2. Todos los componentes de un sistema actúan y operan orientados en función de los objetivos del sistema.
3. La alteración o variación de una de las partes o de sus relaciones incide en las demás y en el conjunto. (13)

Principio de Sistemas:

- a. El todo es primero y las partes son secundarias.
- b. La integración es la condición de la interrelacionalidad de las muchas partes dentro de una las partes así constituidas forman un todo indisoluble en el cual ninguna parte puede ser afectada sin afectar todas las partes. (13)

Clasificación de los Sistemas:

Sistemas cerrados: operan con poco intercambio; muchos piensan que estos sistemas son ficticios, ya que no existen en realidad; para efectos prácticos se mencionara que el proceso de respiración es cerrado, en cuanto que no sentimos cada paso que se efectúa para respirar, sin embargo, el sistema se realiza. (13)

Sistemas abiertos: cada sistema se encuentra inmerso en un sistema circundante, que viene a formar el suprasistema (sistema formado por otros sistemas); así como existe relación entre los elementos del sistema, también la existe entre los sistemas y suprasistemas que vienen siendo los elementos o subsistemas (sistemas que son parte de otro sistema mayor). Entonces se dice que el sistema es abierto, ya que recibe influencia del suprasistema. (13)

Teoría General de los Sistemas en la Familia

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas. (12) El estado de cada elemento está determinando por el estado de cada uno de los demás que lo configuran; la familia juega un papel importante no solo en el proceso generados de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. (15) Dentro de la terapia familiar se considera que cualquier intervención, aunque sea individual, es una intervención en todo el sistema familiar, es decir que, la realidad en el contexto terapéutico incluye a la familia del paciente, este o no físicamente presente en la sesión. (15)

La familia cuenta con tres subsistemas importantes:

- a. Subsistema conyugal: relación entre esposos.
- b. Subsistema parental: relación de padres a hijos.
- c. Subsistema fraterno: relación entre hermanos. (16)

La familia es un sistema abierto que está en continua transformación, vive cambios y modificaciones distintos en cada momento de su evolución. (12)

La homeostasis familiar se realiza mediante “feedback” negativos en respuesta a los comportamientos de sus miembros o toda la información que llega del exterior que pueda estabilizarla. En este sentido existen dos tipos de familias:

- I. Morfoestáticas: tiende a mantener rígidamente su equilibrio y su estructura, porque tiene muchas dificultades para adaptarse a situaciones nuevas.
- II. Morfogénicas: carece de estabilidad, como es el caso de las familias adaptadas al contexto social, continuamente cambiantes ante los feedback y cuya identidad colectiva se diluyen en el entorno. (12)

Postulados Básicos en el Estudio de la Familia como Sistema

Ochoa de Alba (1995), explica los conceptos básicos de la TGS de Bertalanffy que son aplicados al sistema familiar: (17)

1. Totalidad o no sumatividad: el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros.
2. Circularidad: debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales sino circulares.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
3. Equifinalidad: un mismo efecto puede responder a distintas causas.
 4. Equicausalidad: la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
 5. Limitación: es cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo.
 6. Regla de relación: necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes.
 7. Ordenación jerárquica: incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado.
 8. Ciclo vital: el curso vital de las familias evoluciona a través de etapas; en ella se observan periodos de equilibrio, adaptación; desequilibrio y cambio.

Objetivos del sistema familiar

La finalidad por excelencia, determinada por la especie, es la reproducción, es decir generar nuevos individuos a la sociedad. Para alcanzar esta finalidad debe cumplir con una serie de objetivos intermedios: dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva. Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad económica. Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas. Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social. (12)

Funciones

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. (18)

Hábitos Alimentarios:

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos y se considera que es uno de los aspectos que influye de manera decisiva sobre la salud. (19)

En los últimos años ha ocurrido un fenómeno conocido como transición nutricional que está caracterizado por la coincidencia de los siguientes factores: la adopción de una dieta “occidental”, rica en alimentos energéticamente densos (ricos en azúcares simples, edulcorantes y grasas) y pobre en micronutrientes como son las comidas rápidas, el detrimento de las dietas tradicionales, generalmente constituidas en base a productos locales, y la disminución de la actividad física gracias al desarrollo tecnológico. Esta transición nutricional está alcanzando una magnitud global, conforme avanza la urbanización de los países en vías de desarrollo, los hábitos alimentarios se modifican, especialmente en aquellos que migran hacia zonas urbanas. (20) Se acepta que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivo y las tradiciones culturales además de las influencias sociales, se ha señalado que el ambiente familiar tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta y la conducta alimentaria. De hecho se dice que es en la familia donde se adquieren hábitos y costumbres de todo tipo, incluyendo los hábitos alimentarios y las costumbres culturales relacionadas a la alimentación. (21)

En el caso de los niños, los progenitores influyen en el contexto alimentario, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como la edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación aplicados por estos están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños y adolescentes durante la comida. En el caso de los adolescentes, su mayor independencia y disponibilidad de dinero, la introducción de hábitos de consumo de productos precocidos y comidas rápidas, contribuyen a las modificaciones en sus hábitos alimentarios. (22) Así también la constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos ha inducido un cambio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

importante en el patrón de alimentación de niños y jóvenes que con frecuencia no observan hábitos alimenticios adecuados. (21)

Dentro de los factores socioculturales que afectan al consumo de alimentos se encuentran que la publicidad de alimentos procesados con alto contenido de grasas es más frecuente que la publicidad de alimentos nutritivos. Este mensaje negativo para la salud promueve el consumo de alimentos insalubres, lo que influye negativamente en los hábitos alimentarios de la población. Las costumbres en especial las festividades (cumpleaños, bodas, navidad, etc.) a menudo se encuentran en el consumo de cantidades excesivas de alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutritivo. (21)

Las tendencias sociales hacia las familias donde los padres están en el trabajo en vez del hogar han provocado una reducción del tiempo disponible para la preparación de comidas con el correspondiente aumento del consumo de alimentos de preparación rápida y comidas para llevar. (23)

La literatura apunta como factores de elección de los alimentos el atractivo sensorial, costes de la salud, comodidad de adquisición y preparación, control de peso, conocimiento de alimento, regulación del humor, contenido natural de la comida y preocupaciones éticas. (24)

Los malos hábitos alimentarios se caracterizan por:

- Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino. (19)
- Alto consumo de comidas rápidas, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos. (19)
- Baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional. (19)
- Escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos. (25)
- Alto consumo de grasas saturadas, ácidos grasos monoinsaturados “trans” y colesterol. (19)
- Aumento del tamaño de las raciones de alimentos, especialmente en restaurantes y cadenas de alimentos rápidos. (19)
- Menor consumo de vegetales y frutas frescas. (26)

Tanto el hábito de consumir alimentos o preparaciones en cadenas de comida rápida, como utilizar comidas precocidas para consumir en el hogar, han alcanzado gran popularidad y el rubro continua aumentando. En general las comidas rápidas aportan un exceso de grasas, proteínas, sodio y el aporte energético suele ser alto, con un escaso valor de minerales, vitaminas, fibras. (22)

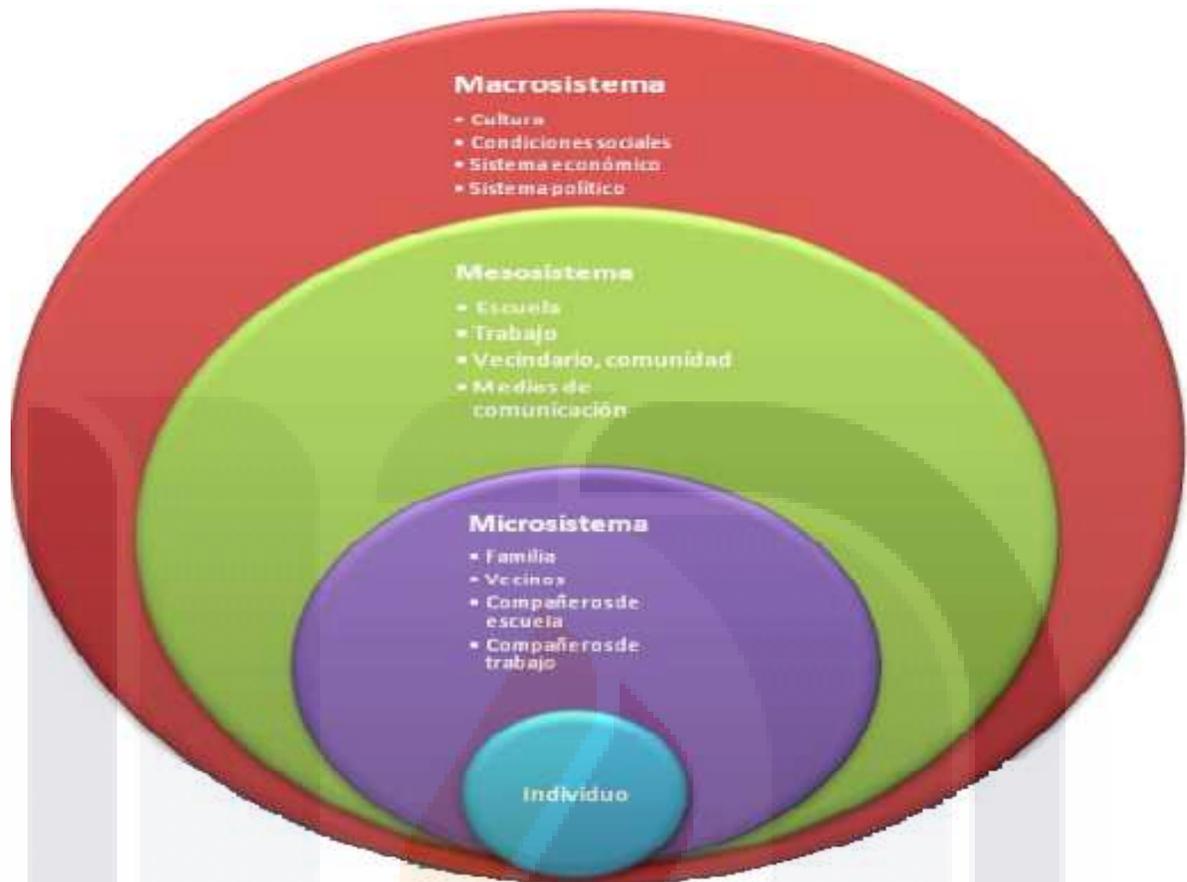
El aumento de peso se produce más por el consumo de energía que portan los alimentos líquidos que los sólidos, debido al poder de saciedad bajo que poseen los líquidos. Por otra parte, se ha demostrado que cuando las personas aumentan el consumo de carbohidratos líquidos, no disminuye el consumo de alimentos sólidos. (27)

Actualmente las bebidas sin alcohol, azucaradas, contribuyen con el 8-9% del consumo energético total. (27)

Las evidencias científicas son suficientes para demostrar la relación directa entre la dieta y el riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, resistencia a la insulina y síndrome metabólico.

Modelo Ecosocial

El modelo ecosocial postula que el individuo se encuentra inmerso en el sistema social, el cual ejerce influencia sobre su comportamiento y sus hábitos mediante diversos entornos o niveles de influencia, (23) haciendo referencia a factores de orden intrapersonal, interpersonal, institucional, comunitario y de políticas públicas, a la vez que hace claridad en la interacción e integración dentro y entre ellos mismos, y reconoce una causalidad recíproca al poner de manifiesto la relación del individuo con el entorno, y en éste considera dentro de los factores interpersonales, los procesos de relación en los grupos primarios como la familia, en razón de su estructura y funcionamiento, además de la materialización de las condiciones económicas y sociales del hogar, que dan cuenta de un condicionamiento psicológico y social de la salud del individuo. (28)



Fuente: Modelo Ecosocial. Adaptado de Booth, KM, J Am Diet Assoc, 2005

Individuo: Se encuentra en el centro de una serie de círculos concéntricos que representan los diversos niveles de influencia. (29)

Microsistema: Es el sistema más inmediato al individuo, aquí se encuentra el entorno familiar, que incluye frecuentemente no sólo a la familia nuclear, sino también a la familia ampliada, tiene una gran influencia en el comportamiento del individuo debido a que en este entorno destina generalmente una parte importante de su vida y en él se desarrollan las normas y hábitos; (29) La familia, como grupo mediador entre la sociedad y el individuo, constituye una especie de reflejo de esta y su efecto se da en las actitudes, dificultades y conflictos que presentan las familias, sin que reconozcan las causas más profundas. (30) El nivel de funcionalidad familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positivas o negativamente en la salud de los individuos. (31) Los estudios del funcionamiento familiar y su influencia en el bienestar físico, social y emocional han demostrado asociación entre pobre funcionamiento familiar y síntomas depresivos mayores,

menor éxito académico, comportamientos de alto riesgo, conductas de alimentación desordenadas y peor control metabólico en jóvenes con diabetes. (32) En cuanto a los trastornos alimenticios, se han tenido dos grandes hallazgos: (a) Mientras parece no haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a trastornos de alimentación, las familias generalmente tienden a ser más disfuncionales que las familias control y (b) la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno. (33)

El rol de la familia es importante en el desarrollo y mantenimiento de malos hábitos alimentarios. Se ha demostrado que, desde la niñez, la comida es usada por los padres para reforzar un deseo o frustración del comportamiento. Podría asumirse que los trastornos de la conducta alimentaria pudieran ser entendidos como un síntoma de la disfunción familiar (33) y que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios, proporcionada por una dinámica familiar disfuncional. (31)

Mesosistema: Este nivel de influencia corresponde al entorno comunitario, entorno escolar en los niños y adolescentes y el entorno laboral en los adultos, que también ejercen influencias mediante la cultura y normas locales. (29)

Macrosistema: Es el nivel de influencia más distal, que a su vez permea tanto al microsistema como al mesosistema, está conformado por los factores sociales, económicos, culturales, legales, normativos y las políticas públicas que moldean a una sociedad. (29)

La salud es una condición y consecuencia de la acción social, que a su vez tiene una respuesta a nivel individual que depende del tipo de patología, la personalidad del individuo y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad como es el caso de la familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. (28) En el pasado, el macrosistema tenía un carácter geográfico limitado, pero actualmente, por efecto del fenómeno de la globalización, rebasa límites geográficos, por la exposición cada vez más intensa a influencias internacionales; otra consideración importante es que a la complejidad expresada anteriormente se agrega la dimensión temporal en la vida del individuo, es decir, los factores responsables de los malos hábitos dietéticos operan en distintos momentos y con diferentes intensidades a lo largo del curso de la vida. (29)

III. JUSTIFICACIÓN

En las últimas 4 décadas, ha habido una transformación vertiginosa en el estilo de vida y la alimentación de los países en desarrollo. (34) Los hábitos alimentarios han cambiado notablemente en los últimos años en toda Latinoamérica, (35) destacando un bajo consumo de frutas, lácteos, pescados y un alto consumo de azúcares simples y grasas en todos los grupos etarios; (36) (37) considerándose por lo cual que los hábitos y conductas alimentarias tienen una relación con la morbimortalidad de la población, (38) ya que hubo un disparo en el diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles, considerando que dicho cambio sucedió en sectores con disponibilidad y acceso de alimentos. Las complejas relaciones entre la salud, la dieta y patrones de los componentes han sido intensamente estudiados (39), sin embargo sólo se ha estudiado sobre el entorno alimentario, no existiendo datos que cuantifiquen, comparen o contrasten las conductas y hábitos en asociación a función familiar.

En las últimas 3 décadas, se ha despertado un gran interés por estudiar el rol de la familia en la salud del individuo. Las disfunciones familiares han sido asociadas indirectamente a múltiples problemas de salud, considerando que muchas variantes conductuales y culturales como es la alimentación se inculcan en la familia, y lo sano o lo mal que nos alimentemos dependerá en gran medida del tipo de familia en que se desenvuelve el individuo. (40) La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir en el proceso salud-enfermedad, por lo cual toma relevancia el estudiar la funcionalidad familiar en asociación a conductas y hábitos alimentarios, permitiéndonos establecer una asociación confiable que permita cuantificar y determinar dicha relación, con el interés de aportar información para la comprensión de la casuística de las enfermedades crónicas no transmisibles y establecer las estrategias y herramientas pertinentes para promover el cambio de las prácticas inadecuadas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A.- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Actualmente en el mundo existe una población mayor a 7,400 millones de habitantes. México cuenta actualmente con una población de 128, 653, 708 habitantes, de los cuales 63, 447, 880 (49.3%) son hombres y 65, 205, 830 (50.7%) son mujeres. (41) En Aguascalientes cuenta con una población total de 1'184,966 habitantes, de los cuales el 48% son hombres (576,638) y 52% son mujeres (608,358). Distribuidos de tal forma que 81% es población urbana y 19% población rural. (42)

A nivel nacional, el IMSS tiene 60, 584, 000 derechohabientes, Aguascalientes cuenta con 849,319 afiliados. Dentro de la delegación Aguascalientes, la población adscrita a la UMF #11 hasta enero de 2016 son 47,949 derechohabientes, de los cuales 22,820 son hombres y 25,129 mujeres. (43)

Dentro de los indicadores socioeconómicos de Aguascalientes, el promedio del tamaño de las familias es de 4.1 integrantes, el nivel de escolaridad que tiene la población es de 9.1 años (secundaria terminada) con preparatoria incompleta, con un 3% de analfabetismo en personas mayores de 15 años, 20.7% de la población cuenta con un nivel profesional; La industria manufacturera y comercial son las dos principales actividades económicas del Aguascalientes; 93% de la población profesa la religión católica. (42)

Es preocupante saber que la mayoría de los pacientes tengan un consumo bajo de verduras, frutas o cereales con un aumento en el consumo de comida chatarra o rápida, sumadas a bebidas azucaradas con alto contenido energético y poco valor nutricional. El consumo de comida rápida y bebidas industrializadas, se ha asociado al incremento en el consumo de calorías, desplazamiento de alimentos saludables en la dieta e incremento en el riesgo de sobrepeso. En las familias más pobres del país el consumo de refrescos se ha incrementado 60% y en las más ricas en un 45%, en las últimas 2 décadas. Y lo más dramático, el consumo de frutas y verduras bajo un 30% en ese periodo. Se estima que el consumo de frijol, fundamental en la dieta tradicional, cayó 50% en un periodo de 20 años. (44)

En la búsqueda de información realizada en bases de información BVS, PUBMED, COCHRANE, MEDLINE, OVID, SCIRUS y REDALYC, así como dentro de las estadísticas institucionales del IMSS, no existen datos sobre consultas otorgadas por alteraciones en la salud familiar, ni se ha

encontrado información con la prevalencia, incidencia, tasas de morbilidad o mortalidad que se relacione y ubique a la funcionalidad familiar en ningún nivel; ya que no se le ha dado la importancia debida a los cambios que están sucediendo al interior de las familias principalmente en cuanto a su conformación y a su dinámica de interacción; los cuales son aspectos importantes que repercuten en ciertas patologías individuales que conforman la transformación social y familiar de nuestro país. (45)

Debido a la falta de información, definir el panorama de funcionalidad familiar a nivel mundial y en México es difícil, no obstante, en la información revisada, aunque limitada se ha encontrado que el pobre funcionamiento familiar relacionada a malos hábitos alimentarios (46) y reflejándose secundariamente en la aparición de las principales enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles como lo es la obesidad.

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La transición demográfica como causa y consecuencia de los cambios sociales y económicos que están ocurriendo en nuestro país, repercute en la morbimortalidad de los individuos y en la conformación de las familias, modificando la forma en que se presenta el proceso de salud-enfermedad.

Factores a tener en cuenta en relación a los hábitos alimentarios, son los horarios laborales de los padres, que a menudo dificultan la tarea diaria de elaboración de los alimentos, optando en un gran número de casos por comidas precocinadas y bebidas ricas en carbohidratos como zumos artificiales de frutas y bebidas carbonatadas en lugar de agua, por lo que el control sobre la dieta es prácticamente nulo. (47)

Se ha documentado que los niños y los adolescentes que acostumbran comer en familia tienen mejores hábitos alimentarios que los que acostumbran comer solos y aquellos que realizan al menos una comida diaria con sus padres tienen menos problemas de sobrepeso y obesidad que aquellos que no tienen esta oportunidad. (48) Además de que la comida se comparta, es importante la calidad de la convivencia. Con esto se le da a la alimentación una dimensión que va más allá de lo biológico. Por otra parte, el solo hecho de sentarse a comer en familia promueve una mejor planeación de los menús y mayor facilidad para lograr una alimentación correcta donde se sirva una gran variedad de alimentos, donde se fomente el consumo de verduras y de frutas y donde todos juntos gocen de una alimentación que promueva la salud. (49)

IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD:

IV.C.1.- NIVEL LEGISLATIVO

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo 4to, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. (50)

Artículo 65 de la Ley General de Salud en su fracción II indica que: Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán, las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes. (51)

Artículo 115 de la Ley General de Salud en la fracción II establece que se debe de normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables. (51)

NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación. Tiene como propósito fundamental establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Así como elementos para brindar información homogénea y consistente, para coadyuvar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación. (52)

IV.C.2.- NIVEL POLÍTICO

En 2004, México y otros miembros de Naciones Unidas firman y acuerdan adoptar la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario y Actividad Física de la Organización Mundial de la Salud, la cual identifica diversos factores determinantes de la obesidad y hace un llamado para que los gobiernos tomen acciones inmediatas y consideren esta enfermedad como un problema prioritario, no sólo para la salud sino para el desarrollo de las naciones. Señala la importancia de disminuir el consumo de azúcares, grasas y sodio, reducir la densidad energética de la dieta, aumentar el consumo de frutas, vegetales y fibra, promover el consumo de agua simple y aumentar la actividad física. (53)

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud. (54)

En 2010 la Secretaría de Salud impulsó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA): Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. El ANSA es una política integral, multisectorial, de multinivel, concertada entre el gobierno y la sociedad civil, incluyendo a la industria, organismos no gubernamentales y la academia.

El objetivo general del ANSA es la creación de entornos saludables dirigidos a la prevención de la obesidad en la población mexicana.

El ANSA estableció específicamente las siguientes 10 líneas de acción, en cuyo cumplimiento se involucró a las secretarías y sectores del gobierno federal que se convocaron.

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.

6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y favorecer una alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros, aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos porciones reducidas.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio. (55)

IV.C.3.- NIVEL INSTITUCIONAL

Actualmente las instituciones de salud de nuestro país están fundamentando la resolución de problemas en el sistema de atención en el primer nivel de atención, fundamentado en el médico familiar. (45)

En la Ley del IMSS el Artículo 2 de la menciona que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El Artículo 210 se menciona que las prestaciones sociales institucionales serán proporcionadas mediante programas de mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias que aseguren costumbres y estilos de vida saludables, que propicien la equidad de género, desarrollen la creatividad y las potencialidades individuales y fortalezcan la cohesión familiar y social. Por su parte en el Artículo 240 se hace referencia de que todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros, aunado al Artículo 251 que hace mención de que el IMSS tiene facultades y atribuciones para administrar los seguros de prestaciones sociales, salud para la familia, entre otros servicios de beneficio colectivo. (56)

El IMSS ante este problema cuenta con el servicio de nutrición en las UMF. PREVENIMSS: programa encaminado a realizar las acciones preventivas entre sus derechohabientes, lleva a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cabo diversas acciones para tratar de incidir en la frecuencia de muchos padecimientos. Se le recomiendan los buenos hábitos alimentarios, la práctica de ejercicios, se le anota en su tarjeta de citas las acciones preventivas, las vacunas correspondientes a la edad y la periodicidad de las mismas. (57)

IV.D.- NATURALEZA DEL PROBLEMA

Los malos hábitos alimentarios son un problema de salud pública, dada su prevalencia y su relación indirecta con enfermedades crónicas, que ocasionan discapacidad y muerte, como lo es las enfermedades cardiovasculares hipertensión arterial, obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2; (58) es también un problema social tanto en su causalidad como en sus consecuencias. La familia es la estructura y forma de organización, base de toda sociedad; en ella se comparten los genes y del ambiente familiar obtenemos gran parte de las creencias, estilos de afrontamiento, capacidades, ideas y hábitos. (40)

Al estudiar diferentes patologías como lo es la obesidad, trastornos alimentarios y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la funcionalidad familiar, se describe la implicación de la dieta como un mecanismo implícito, adjudicándose su desarrollo predominante a los aspectos de funcionamiento familiar como mala comunicación, falta de control de conducta, altos niveles de conflicto familiar y bajos valores y jerarquías en la familia, (46) (59) (48) (60) (49) sin embargo los estudios se han enfocándose en medir y determinar el consumo de alimentos y/o nutrimentos de forma cuantitativa, pero no incluyen específicamente aspectos del comportamiento de los sujetos, no encontrando datos o estudios que asocien, cuantifiquen, comparen o contrasten las variables de hábitos o conductas alimentarios en relación la funcionalidad familiar.

Por lo tanto con el interés de aportar información para la comprensión de la casuística de las enfermedades crónicas no transmisibles y su control en el primer nivel de atención, es necesario conocer la funcionalidad familiar y establecer el tipo de familia durante el proceso de tratamiento, con la finalidad de establecer pautas de conducta e identificar posibles formas de atacar el problema de malos hábitos alimentarios.

En el presente estudio, queremos establecer si la funcionalidad familiar se asocia a hábitos alimentarios en la población derechohabientes del IMSS Aguascalientes de la UMF #11.

IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

No existen datos sobre consultas otorgadas por alteraciones en la salud familiar, así como tampoco se ha encontrado información de la prevalencia, incidencia, tasas de morbilidad o mortalidad que se relacione y ubique a la funcionalidad familiar en ningún nivel; quizá porque no se le ha dado la importancia debida a los cambios que están sucediendo al interior de las familias. (45) Por lo anterior mencionado, definir el panorama de funcionalidad familiar a nivel mundial y en México es difícil.

Al realizar un análisis de la asociación entre ciertos hábitos alimentarios y la funcionalidad familiar, se ha encontrado como lo describe Nonoal que 85% de los adolescentes de 14 a 19 años que consumen alimentos chatarra pertenecen a una familia estructurada, por lo que no se encontró asociación entre la conducta alimentaria y factores familiares, sin embargo se encontró significancia estadística con la adaptabilidad en donde 56.3% de los adolescentes que comen fuera de casa pertenecen a una familia caótica. (9)

En las familias más pobres del país el consumo de refrescos se ha incrementado 60% y en las más ricas en un 45%, en las últimas 2 décadas. El consumo de frutas y verduras bajo un 30% en ese periodo, el consumo de frijol cayó 50% en un periodo de 20 años. (44) Los países con mayor consumo anual por persona/litros son Estados Unidos de Norteamérica 200 litros/persona, México 150 litros/persona, Canadá 110 litros/persona, y Argentina 70 litros/persona. (61) En lugar de beber agua natural, los mexicanos hemos optado por las bebidas azucaradas; tanto así que el gasto anual nacional en refrescos de cola supera al de los 10 alimentos básicos. (61)

IV.F.- DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La funcionalidad familiar es un elemento fundamental para la predicción de la respuesta de la familia hacia algún problema, como lo es los hábitos alimentarios, que puede condicionar cambios en el ciclo vital familiar y transiciones anormales sobre todo al llegar a ser incapacitante.

Los problemas de Disfuncionalidad Familiar asociados a malos hábitos alimentarios son un fenómeno complejo que su prevención y control requieren esfuerzos coordinados para entenderlas y tratarlas con éxito y en forma conjunta. La disfunción familiar se encuentra subdiagnosticada, sin contar con reportes fiables en las instituciones de salud que atienden esta condición. Aún más, esta atención se otorga a través de modelos de atención relativamente nuevos, no aprobados y con poco éxito en lo que respecta a costos y adherencia. (62)

En cuanto a la asociación de patrones de alimentación con el desarrollo de enfermedades crónicas, se ha establecido una relación que las personas que omiten el desayuno tienen hasta un 21 % mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (RR: 1,21; IC 95%: 1,07-1,35), así como el comer menos de 3 veces al día también se asoció al desarrollo de diabetes tipo 2 (RR: 1,25; IC 95%: 1,08-1,45) (5), se han mejorado los factores cardiometabólicos con el aumento en el número de comidas que se realiza durante el día obteniendo una reducción en los valores promedio para la circunferencia de la cintura (-0.75cm), la glucosa en ayunas (-0.02mmol/l), insulina en ayunas (-0.34 mU/l; 2-04pmol/l) Tolerancia de Glucosa en ayunas (- 0.03mmol/l), colesterol total (- 0.08mmol/l) y Colesterol LDL (-0.06mmol/l). (6) De igual manera Jayne encontró que las probabilidades de sobrepeso u obesidad fueron significativamente mayores cuando las familias compran alimentos fuera del hogar (OR=1,2-2,6). Así como este mismo hábito se asoció a niveles de insulina significativamente mayores ($p < 0,05$), y los niveles de colesterol HDL de igual manera fueron significativamente más altos en dichas familias ($p < 0,05$). (7)

IV.G.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

De acuerdo al modelo ecosocial, existen una causalidad recíproca de acuerdo a diferentes factores de orden intrapersonal, interpersonal, institucional y comunitario con una interacción e integración dentro y entre ellos mismos, ejerciendo influencia sobre el comportamiento y los hábitos del individuo, poniendo de manifiesto la relación del individuo con el entorno, de éste dentro de los factores interpersonales, los procesos de relación en los grupos primarios como la familia, en razón de su estructura y funcionamiento, además de las condiciones económicas y sociales del hogar, (23)

Factores Sociales: Los factores sociales que pueden influir en la funcionalidad familiar ya sea en forma positiva o negativa son las condiciones sociales, económicas y políticas, la comunidad, cultura, religión, compañeros de clase o de trabajo y los medios de comunicación. (63) Así mismo, el patrón alimentario evoluciona de manera lenta y gradual tanto en las familias como en los entornos regionales, influenciados por la cultura, entorno físico, disponibilidad de recursos, actitudes y valores sociales. En el mundo occidental, la emergencia de la biotecnología alimentaria ha posibilitado consumir durante todo el año cualquier tipo de alimento, esto unido a un incremento en el consumo de alimentos de origen animal, bebidas carbonatadas y el consumo excesivo de zumos de frutas de elevado contenido calórico. (47)

Factores Institucionales: México carece de la infraestructura y organización suficientes para proporcionar la atención integral a los pacientes. Los programas actuales no contemplan la provisión de la atención a través de equipos de salud multidisciplinarios que trabajen conjuntamente con el enfoque de integralidad y mucho menos en el involucramiento familiar; (64) además de ausencia de propuestas médicas que determinen cambios que el paciente perciba con claridad en el corto plazo y no se establecen objetivos comunes entre el trabajador de la salud y el paciente. (62)

Factores Familiares: La Familia tiene una gran influencia en el comportamiento del individuo debido a que en este entorno destina generalmente una parte importante de su vida y en él se desarrollan las normas y hábitos; (29) El nivel de funcionalidad familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positivas o negativamente en la salud de los individuos. (31) Las alteraciones en la comunicación, la no aceptación de los roles, el aislamiento, el género, el tipo de familia, la ausencia de algún integrante de la familia, etc., influyen directamente en la Funcionalidad Familiar, la cual a su vez tiene un gran impacto en los integrantes de la familia para adquirir conductas alimentarias, sociales y psicológicas. (50) En los trastornos alimenticios, se han observado que las familias tienden a ser disfuncionales y esto a su vez juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno. (33)

Factores Individuales: Existe un pobre control de la dieta, ya que gran cantidad de pacientes optan en un gran número de casos por comidas precocinadas y bebidas ricas en carbohidratos como zumos artificiales de frutas y bebidas carbonatadas en lugar de agua. Del mismo modo, el hábito de comer fuera de casa permanentemente, asociado o no a una disfunción familiar, puede contribuir al problema, ya que suelen ser ricas en grasas y con un elevado contenido calórico. (47)

IV.H.- ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

Los hábitos alimentarios han cambiado notablemente en los últimos años, relacionándose con la morbimortalidad de la población. La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, es un medio que puede incidir sobre los hábitos alimentarios, considerando que muchas variantes conductuales y culturales como es la alimentación se inculcan en la familia, y

lo sano o lo mal que nos alimentemos dependerá en gran medida del tipo de familia en que se desenvuelve el individuo.

Las complejas relaciones entre la salud, la dieta y patrones de los comportamiento ya han sido estudiadas, sin embargo sólo se ha estudiado sobre el entorno alimentario y no existiendo datos que cuantifiquen, comparen o contrasten las conductas y hábitos en asociación a función familiar, por lo cual toma relevancia el estudiar la funcionalidad familiar en asociación a conductas y hábitos alimentarios, para establecer una asociación confiable que permita cuantificar y determinar dicha relación, con el interés de aportar información para la comprensión de la función familiar como casuística de las enfermedades crónicas no transmisibles y establecer las estrategias y herramientas pertinentes para promover el cambio de las prácticas inadecuadas.

IV.I.- BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

Treviño en 2012, mediante un estudio descriptivo en 89 personas con riesgo de Diabetes tipo 2, para determinar la relación entre la influencia familiar y la conducta alimentaria, se determinó que la influencia familiar asociada con la conducta alimentaria en estos pacientes, no fue significativa ($p=0.753$); al comparar las características individuales, la influencia familiar con el consumo calórico, se obtuvo un resultado fue significativo ($p=0.85$). (8) Nonoal en 2011, mediante un estudio transversal analítico en 932 adolescentes determino que aunque no se encontró asociación entre conducta alimentaria de riesgo y factores familiares, si se encontró que 56.3% de los adolescentes que comen fuera de casa perteneces a una familia caótica. (9) La alimentación de las familias fuera del hogar ha sido asociada a enfermedades cronicodegenerativas como sobrepeso u obesidad ($OR=1,2-2,6$), (7) así como riesgo de Diabetes tipo 2 al omitir el desayuno hasta un 21% mayor riesgo en comparación con los que consumieron el desayuno ($RR: 1,21$; $IC\ 95\%: 1,07-1,35$), también a la realización de menos de 3 comidas al día tiene un mayor riesgo de diabetes tipo 2 ($RR: 1,25$; $IC\ 95\%: 1,08-1,45$) (5), y por el contrario el realizar comidas frecuentes (4 a6 al día) fue asociada a una reducción en los valores promedio para la circunferencia de la cintura (-0.75cm), la glucosa en ayunas (-0.02mmol/l), insulina en ayunas (-0.34 mU/l; 2-04pmol/l) Tolerancia de Glucosa en ayunas (- 0.03mmol/l), colesterol total (-0.08mmol/l) y Colesterol LDL (-0.06mmol/l). (6)

IV.J.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

A lo largo del tiempo, no se ha dado la importancia que merecen, tanto las relaciones familiares como la funcionalidad de la misma en relación a los hábitos alimentarios, asociándose esta última a múltiples factores ambientales.

Mediante la aplicación de un instrumento confiable para medir funcionalidad familiar como lo es el FUNQUI en asociación al cuestionario de conductas y hábitos alimentarios, el presente estudio pretende demostrar que la funcionalidad familiar juega un papel importante en los hábitos alimentarios de los individuos, estableciéndose una asociación confiable y cuantificable.

En este caso, queremos establecer si los pacientes con mejor funcionalidad familiar tienen mejores hábitos alimentarios, en comparación con las familias disfuncionales, en la población derechohabiente del IMSS Aguascalientes de la UMF #11, ya que es de suponerse que cualquier paciente con funcionalidad familiar es más susceptible de recibir motivación y apoyo para una alimentación más saludable dentro del grupo familiar; el interés radica en aportar información para la comprensión de la función familiar como casuística sobre los hábitos alimentarios y secundariamente establecer las estrategias y herramientas pertinentes para promover el cambio de las prácticas alimentarias inadecuadas.

IV.K.- LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Definición de Familia

Unidad organizada integrada por elementos (papa, mama) y subunidades (hijos), inmersos en una sociedad (sistema) y que a su vez están afectados en su comportamiento, desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos. (50)

Funcionalidad Familiar

Emma Espejel define la Funcionalidad Familiar como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (65) Se denominan familias funcionales a aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones (cuidado, afecto, alimentación, etc.), además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresado éste en una mejor atención de problemas relacionales

(macrosistema y mesosistema) y de dinámica familiares sus diferentes áreas (micorisistema), y según sus interacciones personales (individuo). (63) Son familias disfuncionales aquellas que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas. (63)

La funcionalidad familiar no es un elemento estático de las familias, ya que por el contrario tiene un gran dinamismo y la familia se enfrenta constantemente a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual, familiar y social, tomando recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo sus funciones fundamentales. (50) (66)

Hábitos Alimentarios:

Conjunto de acciones asociadas a la manera de alimentarse, que incluye el que, cómo, por qué y para qué se ingieren determinados alimentos. Por tanto, este concepto comprende la selección, preparación, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y horarios en la toma de alimentos, entre otros.

V.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EXISTE ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF#11 AGUASCALIENTES?

VI.- OBJETIVOS

VI.A.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre Funcionalidad Familiar y Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años usuarios de la UMF#11, IMSS Delegación Aguascalientes.

VI.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los pacientes mayores de 18 años, según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
- Identificar la presencia de Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Conducta y Hábitos Alimentarios Saludables en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Funcionalidad Familiar en los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Cuidados en la Enfermedad en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Violencia en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Sexualidad en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar los Cuidados en la Salud en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Límites en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Jerarquías en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Tareas en Casa en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Identificar la presencia de Afecto en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Identificar la presencia de Socialización Interna en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
 - Identificar la presencia de Socialización Externa en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

VII.- HIPÓTESIS

VII.A.- HIPÓTESIS ALTERNA GERENAL (H₁)

La Funcionalidad Familiar se asocia a los Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años pertenecientes a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

VII.A.1- HIPÓTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS (H₁)

- Existen Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existen Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existen Conducta y Hábitos Alimentarios Saludables en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existe Funcionalidad Familiar en los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existen Cuidados en la Enfermedad en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existe Violencia en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existe Sexualidad en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existen Cuidados en la Salud en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existen Límites en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existen Jerarquías en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

- Existen Tareas en Casa en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existe Afecto en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existe Socialización Interna en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- Existe Socialización Externa en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

VII.B.- HIPÓTESIS NULA GENERAL (H₀)

La Funcionalidad Familiar no se asocia a los Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años pertenecientes a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

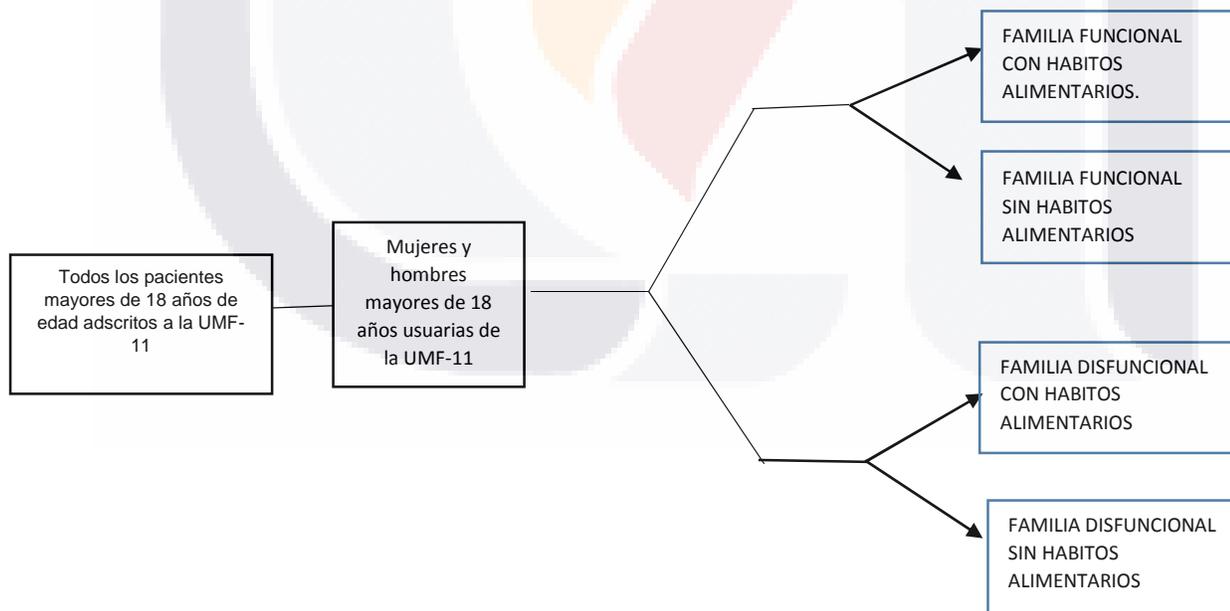
VII.B.1- HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS (H₀)

- No existen Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existen Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existen Conducta y Hábitos Alimentarios Saludables en los pacientes que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existe Funcionalidad Familiar en los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existen Cuidados en la Enfermedad en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existe Violencia en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existe Sexualidad en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existen Cuidados en la Salud en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

- No existen Límites en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existen Jerarquías en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existen Tareas en Casa en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existe Afecto en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existe Socialización Interna en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.
- No existe Socialización Externa en la familia de los pacientes mayores de 18 años que acuden a la UMF#11 Delegación Aguascalientes.

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS
VIII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional analítico transversal comparativo



VIII.B.-POBLACIÓN DE ESTUDIO

VIII.B.1.- Universo de Trabajo

Todos los pacientes mayores de 18 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #11 IMSS delegación Aguascalientes

VIII.B.2.- Población en estudio

Todos los pacientes mayores de 18 años usuarios de la Unidad de Medicina Familiar #11 IMSS Aguascalientes, durante el periodo junio a agosto 2016.

VIII.B.3.-Unidad de análisis y de observación:

Paciente mayor de 18 años usuarios de la Unidad de Medicina Familiar #11 IMSS Aguascalientes, durante el periodo junio a agosto 2016.

VIII.B.4.- Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años ambos sexos, usuarios de la UMF #11 IMSS Aguascalientes.

VIII.B.5.- Criterios de no inclusión

- Pacientes con comorbilidades Psiquiátricas, embarazadas
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado

VIII.B.6.- Criterios de eliminación

- Pacientes que no contesten el 80 % de la encuesta

VIII.C.-TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo a utilizar es probabilístico, aleatorio simple, el cual se llevará a cabo tomando como base de datos el listado de control de pacientes mayores de 18 años.

VIII.D.- UNIVERSO Y MUESTRA

Para calcular el tamaño de muestra se utilizó el paquete estadístico Epi Info 7 con el programa Stat Calc con el comando de tamaño de muestra y poder, para estudios transversal comparativo aplicando la fórmula propuesta por Kelsey y Fleiss.

Se calculó en base a los siguientes parámetros:

Total, de pacientes	46282
1.- Nivel de confianza deseado ($\alpha = 0.05$).	95%
2.- Poder deseado del estudio ($1 - \beta = 80\%$).	80%
3.- Razón de controles: casos	1
4.- porcentaje de controles expuestos	50%
5.- ODSS Ratio	2
7.- Porcentaje de casos con la exposición	50%
Obteniéndose un total de	381

VIII.E.- LOGÍSTICA

Posterior a obtener la autorización del presente protocolo, se solicitará permiso al director de la UMF#11 delegación Aguascalientes, Jefes de Clínica correspondientes para la aplicación del cuestionario el cual cuenta con un apartado de características sociodemográficas, el test de FUNQUI para evaluar funcionalidad familiar, así como el cuestionario de Conductas y Hábitos Alimentarios. Aquellos pacientes que desean participar se les pedirán que firmen el consentimiento informado. Se les indicara de qué trata el estudio asegurándose que el entrevistado entienda las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicados todos los cuestionarios se procederá a capturarlas en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de resultados.

VIII.F.- TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevará a cabo una entrevista cara a cara, que consiste en una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicará que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta para determinar la funcionalidad familiar y otra encuesta para los hábitos alimentarios, se le expondrá en qué consiste la encuesta, se le dará a conocer la carta de consentimiento informado y se le pedirá que lo firme si está de acuerdo en participar. Posterior a ello, se procederá a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas.

Para mejorar la recolección de datos se realizará un manual operacional donde se describe cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, en el cual se dan ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacitará a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. (ANEXO)

VIII.F.1.- INSTRUMENTO FUNQUI PARA MEDIR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se trata de un Instrumento mexicano para valorar la funcionalidad familiar, fue desarrollado en 2010 por Quijada Fragoso y cols, fundamentándose en los instrumentos FAD (The Family Assessment Device), FACES (Family Adapability and Cohesión Evaluation Scales), SFI (The Self Report Family Inventory), FAM (The Family Assessment Measure), FES (Family Environment Scale), FFI (The Family Functioning Index), APGAR, FFQ (The Functioning Questionnaire) y los instrumentos de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel Aco y de Joaquina Palomar.

Fue desarrollado inicialmente mediante la generación de 40 ítems, con posterior eliminación de 11 ítems por 2 rondas de expertos (5 mexicanos y 2 venezolanos) con un índice de Kappa de Fleiss de 0.79 (acuerdo substancial); la prueba piloto se llevó a cabo en 13 personas, sin modificaciones tras su aplicación, con re-test en 24, por lo cual se obtuvo un índice de Spearman de 0.

Este instrumento posee una adecuada consistencia interna valorada mediante la aplicación del instrumento a 45 pacientes con obesidad y sobrepeso y 11 residentes, obteniendo un alfa de cronbach de manera general de 0.87, y por área que lo conforma, alfa de cronbach de 0.82 en las áreas de cuidados en la enfermedad y sexualidad, 0.84 en el rubro de cuidado, 0.86 en el

área de límites, 0.87 en el apartado de violencia, 0.88 en el aspecto de tareas en casa, 0.90 en los rubros de afecto y socialización interna y 0.92 en las áreas de jerarquías y socialización externa.

El instrumento FUNQUI consta de 29 ítems que valoran 10 áreas agrupadas en 3 esferas, el cual puede aplicarse en mayores de 10 años (formula de Alan Crawford), con un tiempo de respuesta aproximado de 5 minutos 56 segundos; los componentes de FUNQUI son los que a continuación se enumeran: (11)

A. **ESFERA BIOLÓGICA:** conformada por las siguientes áreas:

1. **Cuidados en la Enfermedad:** cuidado que se tiene en el proceso salud enfermedad, con el fin de asistir a la persona enferma para llevar hacia la salud o evitar complicaciones.
2. **Violencia:** uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.
3. **Sexualidad:** es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el pacer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales; se expresa en el individuo, la pareja, la familia y sociedad. La sexualidad puede incluir todas las dimensiones, no obstante no todas se vivencian o expresan siempre.
4. **Cuidados de la salud:** Función básica de la familia que preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias; sus determinantes son vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional. (11)

B. **ESFERA PSICOLÓGICA:** conformada por las siguientes áreas:

1. **Límites:** reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento familiar.
2. **Jerarquías:** se refiere a los diversos niveles de autoridad con que cuenta la familia; es decir, como se encuentra la distribución del poder familiar.

3. **Tareas en casa:** todas las actividades que son asignadas por medio de los individuos, que deben de cumplirse por todos los miembros con el fin de implementar armonía en el hogar y la familia.
4. **Aspecto:** todo comportamiento de ayuda y protección que contribuyan a la supervivencia de otro ser vivo; es una función básica de la familia que corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes. (11)

C. **ESFERA SOCIAL:** conformada por las siguientes áreas:

1. **Socialización interna:** socialización que se lleva a cabo dentro del núcleo familiar entre los diversos subsistemas que existen (conyugal, paterno filial y fraterno), para lo cual es primordial la comunicación tanto verbal como no verbal que se lleva a cabo entre los integrantes de la familia.
2. **Socialización externa:** capacidad de la familia en transformar a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, mediante la comunicación que entabla la familia con el medio exterior para lo cual debe ser reconocida en el mismo. (11)

**VIII.F.1.2- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:
INTERPRETACIÓN:**

FORMATO DE CALIFICACIÓN				
Área	Ítem	Ítem	Ítem	Calificación
1.-Cuidados en la enfermedad	3	9	18	3-15
2.- Violencia	16	23	26	3-15
3.- Sexualidad	10	19		2-10
4.- Cuidado en la Salud	2	11	20	3-15
5.- Límites	1	12	21	3-15
6.- Jerarquías	4	13	22	3-15
7.- Tareas en casa	6	14	28	3-15
8.- Afecto	5	15	24	3-15
9.- Socialización Interna	7	27	29	3-15
10.- Socialización Externa	8	17	25	3-15

Los Ítems se califican en escala de 1 a 5 de izquierda a derecha, con excepción de las áreas de cuidados en la enfermedad y violencia en donde los resultados son en negativo, es decir, que los valores se dan de 5 a 1 de izquierda a derecha. (11)

Se realiza la suma por área y se obtiene el resultado de si esta alterada alguna área de las mismas.

- Calificación mínima por área: 3
- Calificación máxima por área: 15

Resultado por área:

- De 3 a 9: área alterada
- De 10 a 15: área no alterada

Para el área de sexualidad la mínima es de 2 y la máxima es de 10

Resultado:

- De 2 a 5 área alterada
- De 6 a 10 área no alterada (11)

Se realiza la suma global y se obtiene el resultado de la Funcionalidad Familiar.

- Calificación mínima global: 29
- Calificación máxima global: 145

Resultado Global:

- De 29 a 87: Familia Disfuncional
- De 88 a 145: Familia Funcional (11)

VIII.F.2.- CUESTIONARIO PARA EVLUAR CONDUCTAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN USUARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Este cuestionario cuenta con 38 preguntas, las respuestas se dan en escala tipo Likert con cinco opciones y de acuerdo a opción múltiple. (10)

Los 38 reactivos se agrupan en 11 dimensiones:

1. Preocupación alimentaria: Hace referencia al interés que muestran las personas por mantener un peso saludable y alimentarse saludablemente. (consta de 7 ítems de 1.1 al 1.7) (10)
2. Seguimiento de indicaciones de salud: Identifica el nivel de compromiso tanto con los centros de salud como con la consulta nutricional y consecuentemente el seguimiento de indicaciones alimentarias saludables. (consta de 5 ítems del 2.1 al 2.5) (10)
3. Alimentación fuera de horarios: Hace referencia al consumo de alimentos entre comidas asociado a conductas psicológicas. (consta de 3 ítems del 3.1 al 3.3) (10)
4. Guías alimentarias: Trata de identificar en nivel de conocimiento que tienen las personas referentes a las guías alimentarias del sistema de salud, orientado a los alimentos de menor consumo; frutas, verduras, pescado y legumbres. (consta de 4 ítems del 4.1 al 4.4) (10)
5. Conductas alimentarias-sedentarias: Hace referencia al tiempo de inactividad durante el día y la asociación a un menor consumo de alimentos. (consta de 3 ítems del 5.1 al 5.3) (10)
6. Alimentación Deportiva: Se refiere a la actividad física realizada y la relación que existe con el consumo de ciertos alimentos que interfieren directamente en su realización, de forma positiva o negativa (consta de 4 ítems del 6.1 al 6.4) (10)
7. Consumo de Alimentos Innecesarios: Hace referencia al consumo innecesario de calorías como lo son los refrescos. (consta de 2 ítems 7.1 y 7.2) (10)
8. Alimentos de Alto Consumo: Hace referencia al consumo de carnes, lácteos y pan, alimentos que según la hoja de balance alimentario de la FAO han aumentado su consumo. (Consta de 3 ítems del 8.1 al 8.3) (10)
9. Proceso de Alimentación: Describe el número de comidas importantes que realiza una persona, la disposición y desarrollo del acto de alimentación. (consta de 3 ítems del 9.1 al 9.3) (10)
10. Posición al Alimentarse: Hace referencia a la posición en que las personas acostumbran alimentarse. (consta únicamente del ítem 10.1) (10)

11. Saciedad de Alimentos Energéticos: hace referencia al consumo de alimentos que contienen hidratos de carbono complejos y el nivel de saciedad de los mismos. (consta de 3 ítems del 11.1 al 11.3) (10)

El posible puntaje crudo oscila entre 38 y 190. Estos valores se ponderan en función de las 11 dimensiones del instrumento, las cuales se representan en porcentajes que sumarian el 100%. Por lo que se estima que cada punto equivale 0.0887 punto y al multiplicar la sumatoria total nos daría el resultado que nos permita clasificarlo de acuerdo a 3 puntos de corte: (10)

- Puntaje de 7.24 a 10.24 puntos (<P 25) se les clasifica como Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes
- Puntaje en el rango de 10.25 y 12.55 (P 25-75) se les considera Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes
- Puntaje de 12,56 a 16.87 (>P 75) se les cataloga como personas con Conducta y Hábitos Alimentarios saludables. (10)

Los autores reportaron un Alpha de Cronbach para el instrumento de 0.792 el cual se considera adecuado. Y está diseñado para aplicarse a personas mayores de 18 años. (10)

VIII.F.2.1- PONDERACIÓN DE LAS DIMENSIONES (10)

DIMENSIÓN	ETIQUETA	N° PREG	PONDERACIÓN			
1	Preocupación alimentaria	7	* 18,42%			
2	Seguimiento de Indicaciones de Salud	5	* 13,16%			
3	Alimentación fuera de horarios	3	* 7,89%			
4	Guías Alimentarias	4	* 10,53%			
5	Conductas alimentarias-sedentarias	3	* 7,89%			
6	Alimentación deportiva	4	* 10,53%			
7	Consumo alimentos innecesarios	2	* 5,26%			
8	Alimentos de alto consumo	3	* 7,89%			
9	Proceso de alimentación	3	* 7,89%			
10	Posición al alimentarse	1	* 2,63%			
11	Saciedad alimentos energéticos	3	* 7,89%			
TOTAL		38	de las 11 dimensiones			
Media ± s 11,52 ± 1,78	Shapiro-Wilk			<P25	P25 – P75	>P75
	estad	gl	P			
	0,994	399	0,091			
Mín. = 7,24 Máx. = 16,87	CLASIFICACIÓN:			conducta y hábitos alimentarios Deficiente	Conducta y hábitos alimentarios Suficientes	Conducta y hábitos alimentarios Saludables

VIII.G.- PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Posterior a la obtención de la información, se realizará estadística descriptiva obteniendo distribución de valores relativos y absolutos (frecuencias y porcentajes). Para la descripción de las características sociodemográficas, como variables cuantitativas (edad) se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana), la estadística inferencial se usará para variables de frecuencia Xi cuadrada y/o prueba exacta de Fisher, para variables ordinales U de Mann whitney, para variables numéricas continuas T de student y/o U de Mann-whitney de acuerdo a su distribución bajo la curva. Se tomará como significativo un valor de $p < 0.05$ bimarginal. Se hará regresión logística para las variables dependientes e independientes. El programa estadístico que se utilizará será SPSS versión 21.

VIII.I.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VIII.I.1.- Variables Dependientes

Hábitos Alimentarios: Los Hábitos Alimentarios se refieren al conjunto de acciones asociadas a la manera de alimentarse, que incluye el qué, cómo, por qué y para qué se ingieren determinados alimentos, incluyendo la selección, preparación, preferencias, de ingestión de alimentos, creencias y horarios en la toma de alimentos entre otras.

VIII.I.2. Variables Independientes

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. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia.

VIII.I.3.- Variables confusoras

Variables Sociodemográficas:

Edad: Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años cumplidos en el momento de la entrevista.

Género: Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes o relacionadas con matrimonio.

Escolaridad: Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.

Religión: Practica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.

Ocupación: Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.

VIII.J.- ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18 de la misma, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, se explicará a cada paciente el motivo del estudio, donde sus datos personales, socioeconómicos, sociodemográficos y de salud se utilizaran solo con fines de investigación. En los lineamientos y políticas en materia de investigación del IMSS, sólo se utilizarán para fines de investigación, se solicitará su autorización verbal y por medio del consentimiento informado, toda su información se mantendrá anónima, se tendrá además por escrito la declaración donde se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos Considerando el presente protocolo el riesgo se considera mínimo de acuerdo al Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17 fracción II.

VIII.K.- RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

VIII.K.1.- Recursos Humanos:

Investigador Principal (Asesor Teórico-Metodológico)

Investigador Asociado (Tesisista)

VIII.K.2.- Recursos Tecnológicos y Materiales:

Computadora personal

Impresora

Conexión a Internet

Programas de Software (Programa Estadístico SPSS v21)

Calculadora

Fotocopias

Hojas de impresión

Lápices y bolígrafos

VIII.K.3.- Presupuesto:

Todos los recursos necesarios para la realización de ésta investigación serán autofinanciados por el tesista.

VIII.K.3.1.- HOJA DE GASTOS

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	\$ 20 pesos	7	\$ 280.00 pesos
Borradores	\$ 10 pesos	7	\$ 70.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 60 pesos (paquete)	3	\$ 180.00 pesos
Cartucho de tinta	\$ 380 pesos	3	\$ 1,140 pesos
Memoria USB 8 GB	\$ 80 pesos	1	\$ 80.00 pesos
Engrapadoras	\$ 100 pesos	1	\$ 100.00 pesos
Grapas	\$ 40 peso (caja)	1	\$ 40.00 pesos
Fotocopias	\$ 0.30 centavos	300	\$ 90.00 pesos
Tablas recolectoras	\$ 70 pesos	5	\$ 350.00 pesos
Laptop HP Pavilion	\$ 7,500,00 pesos	1	\$ 7,500.00 pesos
Alimentos y bebidas	\$ 70 pesos	30	\$ 2,100.00 pesos
Transporte (gasolina)	\$ 500 pesos	5	\$ 2,500.00 pesos
		TOTAL	\$14,430 pesos

IX.- RESULTADOS

A continuación la **Tabla 1** muestra los resultados sociodemográficos del estudio. De las 381 personas que fueron entrevistadas, se obtuvo que la distribución del género fue 64.3% femeninos y 35.7% corresponden al género masculino. En cuanto a la distribución de la escolaridad, la mayoría estudió hasta la secundaria con un 40.4%; seguidos por el 30.2% que estudió hasta el bachillerato; en tercer lugar el 14.7% que estudió hasta la primaria; en cuarto lugar con un 10.5% las personas que tienen carrera profesional y por último el 4.2% de encuestados con carrera técnica. En relación al estado civil, en su mayoría se trata de personas casadas con un 66.9%; seguidas por el 16% que están solteras; en tercer lugar el 10.8% que están en unión libre; en cuarto lugar el 4.5% que están divorciados y por último, el restante 1.8% son viudos. Hablando de cuál es la ocupación de las personas, en su mayoría son económicamente activas, perteneciendo al grupo de empleados con un 61.7%, un 30.4% se dedican al hogar, un 5% son pensionados o jubilados y finalmente un 2.9% estudian actualmente. Dentro del rol que juegan las personas dentro de su familia, encontramos que un 59.8% son madres, el 28.6% son padres y el 11.5% son hijos. En relación a la religión, se obtuvo que en su mayoría son católicos con un 88.7%; en segundo lugar el 6.3% que son cristianos y en tercer lugar el 5% que pertenecen a otra religión.

Tabla 1. Resultados Sociodemográficos			
VARIABLE		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	136	35.7%
	Femenino	245	64.3%
Escolaridad	Primaria	56	14.7%
	Secundaria	154	40.4%
	Carrera técnica	16	4.2%
	Bachillerato	115	30.2%
	Profesional	40	10.5%
Estado Civil	Casado/a	255	66.9%
	Soltero/a	61	16.0%
	Unión libre	41	10.8%
	Divorciado/a	17	4.5%
	Viudo/a	7	1.8%

Ocupación	Trabaja	235	61.7%
	Estudia	11	2.9%
	Hogar	116	30.4%
	Pensionado/a o Jubilado/a	19	5.0%
Rol Familiar	Padre	109	28.6%
	Madre	228	59.8%
	Hijo	44	11.5%
Religión	Católica	338	88.7
	Cristiana	24	6.3
	Otra	19	5.0

La **Tabla 2** muestra la distribución de la funcionalidad familiar, se obtuvo que en su mayoría las personas entrevistadas pertenecen a una familia funcional con un 96.3% mientras que el restante 3.7% pertenecen a una familia disfuncional.

Tabla 2. Distribución de la Funcionalidad familiar		
	Frecuencia	Porcentaje
Familia funcional	367	96.3%
Familia disfuncional	14	3.7%
Total	381	100%

La **Tabla 3** muestra la distribución de la funcionalidad familiar en sus diferentes áreas de acuerdo a si se encuentran alteradas o no. En los cuidados de la familia cuando un integrante está enfermo, se obtuvo que el 23.9% tienen esta área alterada mientras que el 76.1% asume no tener este aspecto alterado. En términos de violencia, se obtuvo que el 11.5% tiene este aspecto alterado mientras que el restante 88.5% asume no tener esta área alterada. En términos de sexualidad, solo el 18.9% asume tener alteraciones en esta área, mientras que el restante 81.1% no tiene problemas. En relación a los cuidados familiares en la salud, se obtuvo que solo el 1.8% tiene esta área alterada, mientras que el restante 98.2% asume no tener esta área alterada en su familia. En cuanto a la capacidad familiar para establecer límites entre sus integrantes, se obtuvo

que solo el 6.3% y el restante 93.7% no tiene alteraciones familiares en este aspecto. Respecto a las jerarquías dentro de las familias, se obtuvo que el 3.1% tienen alteración en esta dimensión, mientras que el restante 96.9% no tiene problemas. En el cumplimiento de las tareas en casa, se obtuvo que el 8.9% asume no cumplir con este aspecto, mientras que el restante 91.1% si lo cumple. En lo afectivo, se obtuvo que el 6.8% de las familias tiene alteración en esta dimensión, mientras que el restante 93.2% de las familias no tiene este problema. En la evaluación del sistemas de comunicación al interior de la familia, se obtuvo que el 11.3% de las familias no tiene socialización interna, mientras que el restante 88.7% si la tiene. Mientras que en la socialización externa, se obtuvo que el 55.6% tiene alteración en este aspecto, mientras que el restante 44.4% asume no tener problemas de socialización externa.

Tabla 3. Distribución de la Funcionalidad Familiar por Áreas			
Área de Función Familiar		Frecuencia	Porcentaje
Cuidados en la Enfermedad	Área alterada	91	23.9%
	Área no alterada	290	76.1%
Violencia	Área alterada	44	11.5%
	Área no alterada	337	88.5%
Sexualidad	Área alterada	72	18.9%
	Área no alterada	309	81.1%
Cuidados en la Salud	Área alterada	7	1.8%
	Área no alterada	374	98.2%
Límites	Área alterada	24	6.3%
	Área no alterada	357	93.7%
Jerarquías	Área alterada	12	3.1%
	Área no alterada	369	96.9%
Tareas en casa	Área alterada	34	8.9%
	Área no alterada	347	91.1%

Afecto	Área alterada	26	6.8%
	Área alterada no	355	93.2%
Socialización Interna	Área alterada	43	11.3%
	Área alterada no	338	88.7%
Socialización Externa	Área alterada	212	55.6%
	Área alterada no	169	44.4%

La **Tabla 4** muestra los resultados obtenidos en cuanto al perfil de hábitos y conductas alimentarias dentro de las familias, se obtuvo que el 47.8% tiene conductas y hábitos alimentarios deficientes; el 49.6% mantienen hábitos y conductas alimentarias suficientes y el restante 2.6% tienen conductas y hábitos alimentarios saludables.

Tabla 4. Distribución de las conductas y hábitos alimentarios		
	Frecuencia	Porcentaje
Conducta y hábitos alimentarios deficientes	182	47.8
Conducta y hábitos alimentarios suficientes	189	49.6
Conducta y hábitos alimentarios saludables	10	2.6
Total	381	100.0

La **Tabla 5** muestra la asociación cruda de las variables sociodemográficas con respecto a los hábitos y conductas alimentarios a partir de las tablas de contingencia y estadísticos de asociación.

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa con relación al nivel de estudios inferior o igual a educación secundaria, con un OR crudo de 1.51 (IC95% 1.007 – 2.27), $X^2=3.98$, $p=.029$.

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y las conductas y hábitos alimentarios								
	Conductas y hábitos alimentarios			X ²		IC 95%		OR Crudo
	Deficientes	Suficientes y Saludables	Total			Inferior	Superior	
Genero								
Masculino	67	69	136	0.190	0.371	0.722	1.67	1.098
Femenino	115	130	245					
Total	182	199	381					
Escolaridad								
Secundaria o menor	110	100	210	3.980	0.029	1.007	2.27	1.51
Mayor que secundaria	72	99	171					
Total	182	199	381					
Estado civil								
Sin compañero	45	40	85	1.173	0.169	0.805	2.11	1.3
Con compañero	137	159	296					
Total	182	199	381					
Estado civil								
Empleado	60	75	135	0.926	0.196	0.533	1.239	0.813
Hogar	122	124	246					
Total	182	199	381					

La **Tabla 6** muestra las asociaciones crudas de las variables de estudio relacionadas con los aspectos de funcionalidad familiar, obteniendo que se asoció la funcionalidad familiar con un OR crudo de 11.8 (IC95% 1.97 – 117.63), $X^2=11.84$, $p=.000$; la sexualidad con un OR crudo de 5.59 (IC95% 3.03 – 10.32), $X^2=35.070$, $p=.000$; los cuidados en salud con un OR crudo de 2.13 (IC95% 1.91 – 2.38), $X^2=7.97$, $p=.005$; los límites con un OR crudo de 8.52 (IC95% 2.49 –), $X^2=35.070$, $p=.000$; las jerarquías con un OR crudo de 2.17 (IC95% 1.94 – 2.42), $X^2=13.54$, $p=.000$; el afecto con un OR crudo de 5.06 (IC95% 1.86 – 13.72), $X^2=12.17$, $p=.000$; socialización interna con un OR crudo de 3.19 (IC95% 1.58 – 6.44), $X^2=11.49$, $p=.001$; la socialización externa con un OR crudo de 1.51 (IC95% 1.009 – 2.28), $X^2=4.035$, $p=.028$, y por último la asignación de tareas en la casa con un OR crudo de 3.97 (IC95% 1.75 – 9.03), $X^2=12.32$, $p=.000$.

Tabla 6. Asociación entre variables de funcionalidad familiar y las conductas y hábitos alimentarios

	Conductas y hábitos alimentarios			X ²		IC 95%		OR Crudo
	Deficientes	Suficientes y Saludables	Total			Inferior	Superior	
Funcionalidad familiar								
Familia disfuncional	13	1	14	11.840	0.000	1.97	117.63	15.23
Familia funcional	169	198	367					
Total	182	199	381					
Cuidados en la enfermedad								
Área alterada	41	50	91	0.353	0.318	0.54	1.39	0.867
Área alterada no	141	149	290					
Total	182	199	381					
Violencia								
Área alterada	26	18	44	2.550	0.075	0.885	3.17	1.67
Área alterada no	156	181	337					
Total	182	199	381					
Sexualidad								
Área alterada	57	15	72	5.070	0.000	3.03	10.32	5.59
Área alterada no	125	184	309					
Total	182	199	381					
Cuidados en la salud								
Área alterada	7	3	7	7.970	0.005	1.91	2.38	2.13
Área alterada no	175	196	374					
Total	182	199	381					
Limites								
Área alterada	21	3	24	16.205	0.000	2.49	29.08	8.52
Área alterada no	161	196	357					
Total	182	199	381					
Jerarquías								
Área alterada	12	2	12	13.540	0.000	1.94	2.42	2.17
Área alterada no	170	197	369					
Total	182	199	381					
Afecto								
Área alterada	21	5	26	12.179	0.000	1.86	13.72	5.06
Área alterada no	161	194	355					
Total	182	199	381					
Socialización interna								
Área alterada	31	12	43	11.490	0.001	1.58	6.44	3.19
Área alterada no	151	187	338					
Total	182	199	381					
Socialización externa								
Área alterada	111	101	212	4.035	0.028	1.009	2.28	1.51
Área alterada no	71	98	169					
Total	182	199	381					

Tareas en casa								
Área alterada	26	8	34					
Área alterada no	156	191	347	12.320	0.000	1.75	9.03	3.97
Total	182	199	381					

La **Tabla 7** muestra el análisis de regresión logística, se obtuvo una asociación ajustada de las variables sociodemográficas y las variables de funcionalidad familiar, en donde se ajustó en 7 pasos un modelo definitivo con cuatro variables predictoras de las que el aspecto de sexualidad tiene una asociación significativa desde el paso 1 con un EXP(B)=4.49(IC95% 2.355 – 8.572) =.000, hasta el paso 7 en donde se eliminaron seis variables independientes quedando la escolaridad con un EXP(B)=1.51 (IC95%.984 – 2.34), =.059; la funcionalidad familiar con un EXP(B) =5.16 (IC95% .593 – 44.94), =.013; la sexualidad con un EXP(B)=4.69 (IC95% 2.50 – 8.82), =.000; y la asignación de tareas en la casa con un EXP(B)=2.42 (IC95% .980 – 5.985).

Tabla 7. Regresión logística de variables sociodemográficas y de funcionalidad familiar								
Variables de la ecuación	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)		
						Inferior	Superior	
Paso 1 ^a	Escolaridad	.357	.227	2.469	0.116	1.428	.916	2.228
	Funcionalidad familiar	1.374	1.167	1.386	0.239	3.951	.401	38.901
	Cuidados en salud	-.409	.876	.218	0.640	.664	.119	3.696
	Sexualidad	1.503	.330	20.790	0.000	4.493	2.355	8.572
	Limites	.590	.617	.914	0.339	1.804	.538	6.052
	Jerarquías	.426	.842	.256	0.613	1.532	.294	7.974
	Afecto	.301	.662	.207	0.649	1.351	.370	4.942
	Socialización interna	-.043	.470	.008	0.927	.958	.381	2.407
	Socialización externa	.188	.227	.683	0.409	1.206	.773	1.882
	Tareas en casa	.746	.501	2.220	0.136	2.109	.790	5.626
Constante	-9.286	2.957	9.862	0.002	.000			
Paso 2 ^a	Escolaridad	.356	.227	2.463	0.117	1.427	.915	2.226
	Funcionalidad familiar	1.374	1.167	1.386	0.239	3.952	.401	38.952
	Cuidados en salud	-.414	.876	.223	0.637	.661	.119	3.679
	Sexualidad	1.500	.328	20.934	0.000	4.480	2.357	8.516
	Limites	.585	.616	.904	0.342	1.796	.537	6.005
	Jerarquías	.422	.842	.252	0.616	1.525	.293	7.937
	Afecto	.285	.638	.200	0.655	1.330	.381	4.641
	Socialización externa	.186	.226	.675	0.411	1.204	.773	1.875
	Tareas en casa	.732	.475	2.368	0.124	2.079	.819	5.278
Constante	-9.274	2.955	9.849	0.002	.000			

Paso 3 ^a	Escolaridad	.354	.227	2.438	0.118	1.425	.914	2.221
	Funcionalidad familiar	1.459	1.147	1.617	0.204	4.301	.454	40.749
	Cuidados en salud	-.418	.872	.229	0.632	.659	.119	3.641
	Sexualidad	1.512	.327	21.429	0.000	4.537	2.392	8.606
	Limites	.676	.581	1.354	0.244	1.967	.630	6.144
	Jerarquías	.461	.831	.308	0.579	1.586	.311	8.085
	Socialización externa	.195	.225	.750	0.386	1.215	.782	1.889
	Tareas en casa	.746	.475	2.471	0.116	2.110	.832	5.351
Constante	-9.193	2.905	10.017	0.002	.000			
Paso 4 ^a	Escolaridad	.351	.226	2.401	0.121	1.420	.911	2.214
	Funcionalidad familiar	1.388	1.142	1.477	0.224	4.006	.427	37.546
	Sexualidad	1.494	.324	21.288	0.000	4.456	2.362	8.405
	Limites	.687	.581	1.400	0.237	1.988	.637	6.204
	Jerarquías	.399	.818	.238	0.625	1.491	.300	7.405
	Socialización externa	.184	.224	.676	0.411	1.202	.775	1.863
	Tareas en casa	.742	.475	2.440	0.118	2.101	.828	5.332
	Constante	-9.717	2.722	12.741	0.000	.000		
Paso 5 ^a	Escolaridad	.345	.226	2.325	0.127	1.411	.906	2.198
	Funcionalidad familiar	1.464	1.126	1.692	0.193	4.323	.476	39.258
	Sexualidad	1.491	.324	21.202	0.000	4.440	2.354	8.373
	Limites	.750	.566	1.752	0.186	2.116	.697	6.421
	Socialización externa	.186	.224	.689	0.406	1.204	.777	1.867
	Tareas en casa	.764	.472	2.621	0.105	2.148	.851	5.418
	Constante	-9.230	2.474	13.913	0.000	.000		
Paso 6 ^a	Escolaridad	.372	.223	2.779	0.095	1.451	.937	2.248
	Funcionalidad familiar	1.492	1.124	1.760	0.185	4.444	.491	40.269
	Sexualidad	1.507	.323	21.734	0.000	4.511	2.395	8.499
	Limites	.751	.567	1.752	0.186	2.119	.697	6.440
	Tareas en casa	.789	.471	2.808	0.094	2.200	.875	5.534
	Constante	-9.134	2.467	13.706	0.000	.000		
Paso 7 ^a	Escolaridad	.417	.221	3.567	0.059	1.518	.984	2.340
	Funcionalidad familiar	1.642	1.104	2.211	0.137	5.163	.593	44.942
	Sexualidad	1.547	.322	23.131	0.000	4.699	2.501	8.828
	Tareas en casa	.885	.462	3.673	0.055	2.422	.980	5.985
	Constante	-8.292	2.306	12.934	0.000	.000		

X. DISCUSIÓN

La dinámica familiar es un determinante social importante en la adopción de conductas saludables, el presente estudio logró obtener asociaciones crudas estadísticamente significativas con nueve de los once elementos de la funcionalidad familiar, sin embargo al ajustar el efecto de confusión de las variables independientes mediante una regresión logística, estas asociaciones

se hicieron menos significativas, quedando solamente asociado la dimensión de sexualidad, por lo cual estos resultados fueron acordes con los resultados obtenidos por Treviño en 2012, donde se determinó que la influencia familiar asociada con la conducta alimentaria en pacientes con riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 no fue significativa ($p=0.753$); (8) así como los obtenidos por Nonoal en 2011, quien determinó que aunque no se encontró asociación entre conducta alimentaria de riesgo y factores familiares en adolescentes, aunque si se encontró que 56.3% de los adolescentes que comen fuera de casa pertenecen a una familia caótica. (9)

En las variables de escolaridad, tareas en casa y el puntaje general de funcionalidad familiar quedaron a un nivel de significancia estadística limítrofe, debido posiblemente a que pocas personas se clasificaron dentro de la zona de afectación en estas dimensiones, resultado el cual es discordante para Funcionalidad familiar con los obtenidos en otros estudios donde se utilizó el instrumento FUNQUI para medir Funcionalidad Familiar, ya que en este rubro solo se determinó un 3.7% de familias disfuncionales en nuestro estudio, en comparación con los resultados obtenidos por Torres en 2014, quien detectó una disfunción familiar en 9.3% de las pacientes con CaCU (1) y Castillo 2013 quien encontró una disfunción familiar en 17.4% de los médicos de la UMF 92 (2) en donde en ambos estudios las muestras fueron mucho más pequeñas de 43 y 55 personas respectivamente. Sin embargo se corrobora la validez y confiabilidad del estudio como lo confirmó Hernández en 2013 donde se detectó una sensibilidad 75% y una especificidad del 100% con valor predictivo positivo del 100% y negativo del 98% en comparación con FACES III. (3)

La asociación entre la dimensión familiar de la sexualidad y la adopción de hábitos saludables de alimentación adquiere plausibilidad teórica desde el sentido en que se para expresar e informar a los integrantes de la familia sobre temas relacionados con la sexualidad se requiere confianza para abordar estos temas, misma que es importante para transmitir información sobre los hábitos alimentarios saludables.

La información obtenida de este trabajo ofrece mayor claridad entre la relación de las dimensiones de la funcionalidad familiar y los hábitos alimentarios ya que la familia, al ser la unidad estructural de la sociedad, es la formadora de hábitos, conductas, creencias, conocimientos y costumbres de los individuos, por lo que el comprender su nivel de funcionalidad en las diferentes dimensiones y su relación con la formación de hábitos y conductas en alimentación determinantes para evitar enfermedades crónico-degenerativas.

XI. CONCLUSIONES

El presente estudio logró cumplir con los objetivos planteados, se obtuvo que las personas en su mayoría corresponden al género femenino con un 64.3%; estudiaron hasta la secundaria (40.4%), son casados (66.9%); y son empleados (61.7%); en la familia juegan el rol de madre (59.8%) o padre (28.6%) y en su mayoría practican la religión católica (88.7%). Con respecto al grado de funcionalidad familiar se obtuvo que el 96.3% de entrevistados pertenecen a una familia funcional, dentro de los que el 1.8% no pertenecen a una familia que se ocupe en satisfacer constantemente las necesidades físicas y sanitarias con respecto a la alimentación, seguridad física y apoyo emocional; el 23.9% asume no tener apoyo en su familia en una situación de enfermedad de alguno de sus integrantes a fin de asistir al enfermo para evitar complicaciones; el 11.5% vive en familias en donde existe un uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza, lesiones, etc.; el 18.9% vive en familias donde no existe una libertad para expresar sus diferentes situaciones en relación a su sexualidad; el 6.3% vive en familias donde no se definen con claridad las interacciones y los límites de cada integrante al interior de la familia; el 3.1% vive en familias donde no están establecidas claramente las jerarquías y los niveles de autoridad de los integrantes; el 8.9% de las familias no existe armonía en el hogar para la asignación de las actividades a cada uno de los integrantes; el 6.8% de las familias asume no tener el aspecto afectivo dentro de las relaciones personales entre sus integrantes; el 11.3% de las familias no tiene un sistema de socialización interna y el 55.6% no existen mecanismos de socialización externa.

Con relación a los hábitos y conductas alimentarias, el 47.8% de las familias tienen hábitos y conductas alimentarias deficientes; el 49.6% tiene conductas y hábitos suficientes y el restante 2.6% tiene conductas y hábitos saludables.

En relación a las asociaciones crudas se obtuvo que las familias disfuncionales tienen 14 veces más probabilidad de presentar conductas y hábitos alimentarios deficientes, en comparación con las familias funcionales; las familias que no tienen apertura para tratar los temas de sexualidad tienen 4.5 veces más probabilidad de tener hábitos alimentarios deficientes en comparación con las familias que no tienen problema para tratar los temas de sexualidad; Las familias que no satisfacen las necesidades físicas, sanitarias y de alimentación de los integrantes tienen 1.13 veces más probabilidad de tener malos hábitos alimentarios en comparación con las familias que si tienen cuidados en salud; las familias que no definen con claridad los límites de cada uno de los integrantes tienen 7 veces más probabilidad de no tener buenos hábitos alimentarios en

comparación con las familias con límites bien definidos; las familias con las jerarquías bien definidas tienen 1.17 veces más probabilidad de no tener buenos hábitos de alimentación, en comparación con las familias que si definen bien las jerarquías de sus integrantes; las familias sin procesos de socialización interna tienen 2.19 veces más probabilidad de tener buenos hábitos alimentarios, en comparación con las familias con procesos de socialización interna; las familias cerradas sin procesos de socialización externa tienen 51% más probabilidad de no tener buenos hábitos alimentarios, en comparación con las familias que si tienen procesos de socialización externa y por último, las familias que no tienen claramente definidas las actividades de la casa para cada integrante, tienen 3 veces más probabilidad de no tener buenos hábitos alimentarios, en comparación con las familias que si asignan las tareas a cada integrante para mantener la armonía familiar.

En términos de una asociación ajustada, se obtuvo que en el modelo definitivo de la regresión logística, se eliminaron 6 variables independientes que aportaron menor significancia estadística al modelo, quedándose solamente asociada la apertura familiar para tratar temas de sexualidad, con un OR ajustado de 4.69 por lo que se concluye las familias con apertura para tratar temas relacionados con la sexualidad, tienen hábitos de alimentación más saludables en comparación con las familias que no la tienen.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Torres ER. Funcionalidad Familiar en mujeres con Diagnostico de Cáncer Cervicouterino in situ adscritas al servicio de Clínica de Colposcopia y Displasias del Hospital General de Zona No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes. 2014 Febrero.
2. Castillo F. Autoestima y su Relación con la Funcionalidad Familiar en los Médicos de la UMF No.92 en el año 2013. 2014.
3. Hernández JR. Validacion del Instrumento de Funcionalidad Familiar "FUNQUI" creado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Pacientes de una Centro de Salud. Maracaibo, Venezuela. 2013 Enero.
4. Moreno O. Interaccion Trabajo-Familia, Funcionalidad Familiar y Depresion, en el Personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS en el periodo Septiembre a Diciembre 2013. 2014.
5. Rania A Mekary, Edward Giovannucci, Walter C Willett, Tob M Van Dam and Frank B Hu. Eating patterns and type 2 diabetes risk in men: breakfast o eating frequency, and snacking. Am J Clin Nutr. 2012; 95.
6. K. J. Smith et al. Daily eating frequency and cardiometabolic risk factors in young Australian Adults: Cross-sectional analyses. British Journal of Nutrition. 2012; 108: p. 1086-1094.
7. Jayne A. Fulkerson, PhD et al. Away-from-home family dinner source and associations with weight status, body composition and related biomarkers of chronic disease among adolescents and their parents. J Am Diet Assoc. 2011 December; 111(12): p. 1892-1897.
8. Treviño Vázquez Ingrid Jazmin. Influencia Familiar en la alimentacion de adultos en riesgo de Diabetes tipo 2. Universidad Autonoma de Nuevo León, Posgrados e Investigación; 2012 Diciembre.
9. Nonoa Zacamo Eugenia. Factores Familiares Asociados a conductas de riesgo alimentarias en adolescentes del CCH Vallejo. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.
10. Pino V. José Luis, Díaz H. Claudio, López E Miguel Angel. Construcción y Validación de un Cuestionario para medir Conductas y Hábitos Alimentarios en usuarios de la atencion primaria en salud. Revista Chilena de Nutrición. 2011 Marzo; 38(1).
11. Quijada Fragoso Miguel Angel, Pons Álvarez Octavio Noel, Solís Vera Miriam, Hernandez Jurado José Rafael, Garcia Cortés Luis R, Flores Martínez Albina. Diseño y Validación de un Instrumento de Funcionalidad Familiar. Médico de Familia Revista Venezolana y Regional Andina de Atencion Médica Primaria. 2010 Julio-Diciembre; 18(2): p. 89-96.
12. González Gallegos JM. Lá Familia como Sistema. Revista Paceaña de Medicina Familiar. 2007; 4(6).
13. Bertalanffy LV.. Teoria General de los Sistemas. 1st ed. FdC E, editor. México DF: Fondo de Cultura Economica; 1986.
14. Peñalva C.. Evaluacion del Funcionamiento Familiar por medio de la "Entrevista Estructural". Salud Mental. 2001 Abril; 24(2).

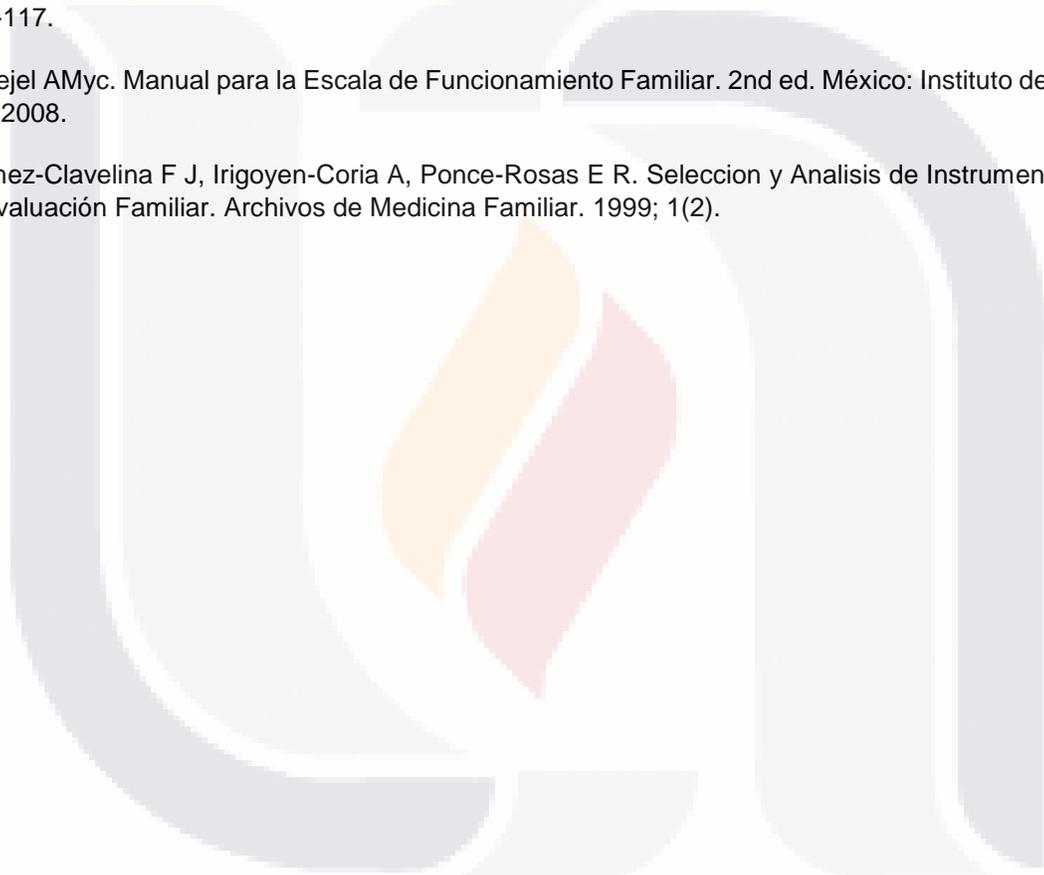
15. Arias L, Herrera J. El APGAR Familiar en el cuidado primario en Salud. Colombia Mécida. 1994 Enero-Junio; 25(1).
16. Minuchin S.. Familias y Terapia Familiar Barcelona: Gedisa; 1974.
17. Ochoa de Alba I. Enfoques en Terapia Familiar Sistemica. 1st ed. Barcelona: Herder; 1995.
18. Consenso Academico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar. 2005; 7(1).
19. Claudia Unikel, Teresita Saucedo Molina, Jorge Villatoro, Clara Fleiz. Conductas Alimentarias de Riesgo y Distribucion de Masa Corporal en Estudiantes de 13 a 18 años. Salud Mental. 2002; 25(2): p. 49-57.
20. Romero-Velarde Enrique, Campollo-Rivas Octavio, Castro-Hernandez Juan Francisco, Cruz-Osorio Rosa M., Vásquez-Garibay Edgar M. Habitos de Alimentación e ingestion de calorías en un grupo de niños y adolescentes obesos. Boletin Médico del Hospital Infantil de México. 2006; 63(3): p. 187-194.
21. Dominguez-Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia Familiar sobre la conducta alimentaria y su relacion con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutricion. 2008; 58(3): p. 249-255.
22. Maria E. Torresani et al. Consumo en cadenas de comidas rapidas y kioscos: Preferencias de escolares y adolescentes de nueve colegios privados de capital Federal y Gran Buenos Aires. Archivos Argentinos de Pediatria. 2007; 105(2): p. 109-114.
23. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones Psicológicas para el sobrepeso o la Obesidad (Revision). Biblioteca Cochrane Plus. 2008;(2).
24. Alfonso Urzúa M., Sandy Castro R., Americ Lillo O., CARolina Leal P.. Evaluacion de los trastornos alimentarios: Propiedades psicométricas del test Edi-2 en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. Revista Chilena de Nutrición. 2009; 36(4).
25. Frias Paz Deborah Karina. Alteraciones del Estado Nutricional en Adolescentes de Marapa. Revista de la Facultad de Medicina. 2005; 6(1): p. 22-27.
26. Barrientos-Pérez Margarita, Flores-Huerta Samuel. ¿Es la Obesidad un problema médico individual y social? Políticas publicas que se requieren para su prevencion. Boletin Médico del Hospital Infantil de México. 2008; 65(6): p. 639-651.
27. Vasanti S Malik, Matthias B Schulze, Frank B Hu, Marta Papponetti. Relacion entre el consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso. American Journal of Clinical Nutrition. 2006; 84.
28. Lauro Bernal Isabel. La Familia en la Determinación de la Salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2003; 29(1): p. 48-51.
29. Booth K. M., Pinkson M., Poston W. C. Obesity and The Built Environment. Journal of the American Dietetic Association. 2005; 105(5).
30. Litman T. The Family as a Basic Unit in Health. Sociologia de la Salud. 1994;: p. 186-190.

31. Dias-Encinas D, Enriquez-Sandoval D. Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2007; 24(1): p. 22-26.
32. Jerica M. Berge Ph.D, et al. Family Functioning: Associations With Weight Status, Eating Behaviors, and Physical Activity in Adolescents. Journal of Adolescent Health. 2013 March; 52(3): p. 351-357.
33. Cruzat, Ramirez, Araneda y Uribe. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar percibido en una mueestra de Estudiantes de Secundarias de la Cimuna de Concepcion, Chile. Psykhe. 2008; 17(1): p. 81-90.
34. Mendoza V, Carolina; Pinheiro F, Anna Christina y Amigo C, Hugo. Evolucion de la situacion alimentaria en Chile. Revista Chilena de Nutrición. 2007; 34(1).
35. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns in Latin American Populations. Cad Saude Publica (Rio de Janeiro). 2003; 19.
36. Zacarias H, Isabel et al. Consumo de Verduras y Frutas en centros de salud y supermercados, de la región metropolitana de Chile: Programa 5 al día. Revista Chilena de Nutrición. 2009; 36(2).
37. Restrepo M, Sandra Lucia et al. Los Hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relacion con los procesos protectores y terermiantes en salud. REvista Chilena de Nutrición. 2006; 33(3).
38. Christina-Maria Kastorini, Haralampos J. Milionis, John A. Goudevenos, and Demosthenes B. Panagiotakos. Modelling the Role of Dietary Habits and Eating Behaviours on the Development of Acute Coronary Syndrome or Stroke: Aims, Design, and Validation Properties of a Case-Control Study. Cardiology Research and Practice. 2011.
39. Govi B, de Souza R, Levitan EB, Crookston D, Kestens Y, Mendivil CO, Mittleman MA.. The eating assessment table an evidence-based nutrition tool for clinical: background, description, future of tool. Crit Pathw Cardiol. 2009; 8(2).
40. Christakis N.A., Fowler J.H. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 years. New England Journal of Medicine. 2007; 357(4): p. 370-379.
41. [Online]. Available from: HYPERLINK "http://countrymeters.info/es/Mexico" <http://countrymeters.info/es/Mexico> .
42. INEGI.. [cited 2016 Febrero. Available from: HYPERLINK "http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Ags/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=01" <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Ags/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=01> .
43. IMSS. Estadísticas de pacientes UMF #11. , Departamento de Estadísticas UMF #11 Aguascalientes; 2015.
44. Calvillo Alejandro. Impacto de la presencia de comida chatarra en los hábitos alimenticios de niños y adolescentes en comunidades indígenas-campesinas de la región centro-montaña Guerrero. , El Poder del Consumidor A.C. en Colaboración con el Grupo de Estudios Ambientales A.C. con aportación de Oxfam México; 2009.
45. Membrillo A.. Situación Actual de la Salud Familiar en México. Medwave. 2013 Enero/Febrero; 13(1).

46. J.A. Halliday, C.L. Palma, D. Mellor, J. Green and A.M.N. Renzaho. The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*. 2014 April; 38(4).
47. González-Jiménez Emilio. Obesidad: Analisis Etiopatogenico y Fisiopatologico. *Endocrinol Nutr*. 2013; 60(1): p. 17-24.
48. Davison KK, Birch LL. Obesigenic families: Parent´s Physical activity and dietary intake patterns predict girl´s risk of overweight. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2002 September; 26(9): p. 1186-1193.
49. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, Vandenberg PA. Shared Risk and protective factors for everweight and disorderred eating in adolescents. *American Journal Preventive Medicine*. 2007 Nov; 33(5): p. 359-369.
50. Huerta González JL. *Medicina Familiar. La Familia en el proceso Salud-Enfermedad*. 1st ed. Velasco DJA, editor. México DF: Alfíl, S.A. de C.V.; 2005.
51. Ley General de Salud..
52. Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación...
53. World Health Organization. *Global Strategy on Diet Physical Activity and Health Resolution of the Fifty-Seventh World Health Assembly*. Geneva:; 2004.
54. Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 Objetivos. ; 2013.
55. Baquera S., Rivera J., Campos-Nonato I., Hernandez-Barrera L., Santos-Burgos C., Durán E. *Bases Técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. México: Secretaria de Salud, Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad; 2010.*
56. Ley del Seguro Social. ; Actualizacion 2015.
57. Norma que establece las disposiciones para la aplicacion de los prgramas integrados de salud PREVENIMSS, en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.: Intituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Organizacion y Calidad; 2011. Report No.: 2000-001-019.
58. Rodriguez-Santos Francisco, Aranceta B. Javier, Serra M. Luis. *Psicologia y Nutrición*. In. España: Elsevier, Masson; 2008. p. 17-34.
59. Whitaker RC, Deek CM, Baughcum AE, Specker BL. The Relationship of Childhood Adiposity to parent body mass idex and eating behavior. *Obesity Research*. 2000; 8(3): p. 234-240.
60. González Jimenez E et al. Influencia del Entorno Familiar en el desarrollo de sobrepeso y la obesidad en una poblacion de escolares de Granada España. *Nutr Hosp*. 2012; 27(1): p. 177-184.
61. Gutierrez Ruvalcaba Clara Luz, Vásquez Garibay Edgar, Romero Velarde Enrique, Troyo Sanroman Rogelio, Cabrera Pivaral Carlos, Ramirez Magaña Olga. *Consumo de Refrescos y Riesgo de Obesidad*

en Adolescentes de Guadalajara, México. Boletín Médico de Hospital Infantil de México. 2009; 66(6): p. 522-528.

62. Garcia E. et al. La Obesidad y el Síndrome Metabólico como problemas de Salud Pública. Una Reflexión. Salud Pública de México. 2008 Noviembre-Diciembre; 50(6).
63. Membrillo Luna A., Fernandez Ortega M.A., Quiroz Perez J.R., Rodriguez López J.L. Familia Introducción al estudio de sus elementos. 1st ed. C.V EdTMSAd, editor. México D.F.: ETM S.A. de C.V.; 2008.
64. Cuevas Ramos D, Mehta R, De la Luz Castro J, Limones RC, Rubi EG, Aguilar-Salinas CA. Awareness of Abdominal Adiposity as a Cardiometabolic Risk Factor. Diabetes Metab Syndr Obes. 2011; 4: p. 107-117.
65. Espejel AMyc. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. 2nd ed. México: Instituto de Familia AC; 2008.
66. Gómez-Clavelina F J, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E R. Selección y Análisis de Instrumentos para la Evaluación Familiar. Archivos de Medicina Familiar. 1999; 1(2).



XIII. ANEXOS

XIII. ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2015-2016

ACTIVIDADES	AGS 2015	SEPT 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGS 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X												
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X											
Planteamiento del problema						X	X										
Antecedentes, justificación						X	X	X									
Marco Teórico y Conceptual							X	X	X								
Objetivos Generales y Específicos								X	X								
Hipótesis Generales y Específicos.								X	X								
Metodología de Investigación									X	X							
Revisión Protocolo											X						
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.											X						
Aprobación de Protocolo											X						
Financiamiento capacitación												X					
Prueba piloto												X					
Trabajo de Campo, Aplicación de encuestas.												X					
Acopio y Captura de Datos.												X	X				
Análisis e Interpretación de Resultados													X	X			
Validación de resultados														X			
Hacer Discusiones y Conclusiones.														X	X		
Revisión de la investigación															X	X	
Elaboración de tesis.																X	
Difusión de resultados.																X	X

XIII. ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DESCRIPCION	DIMENSIONES	VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	ITEMS
Perfil socio-demográfico	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada paciente diabético.	Características sociodemográficas. Características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo.	<u>Edad</u> Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años cumplidos en el momento de la entrevista	Número de años cumplidos	Cuantitativa discreta 1. 18-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. 51-60 años 5. >60 años	1.- ¿Cuántos años tiene?
			<u>Genero</u> Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.	Fenotipo	Cualitativa nominal dicotómica 1.Masculino 2.Femenino	2.-El que indica el paciente al contestar el cuestionario.
		Características sociales. Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	<u>Estado civil</u> Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes o relacionadas con matrimonio.	Vínculos con respecto a la relación de pareja.	Cualitativa nominal 1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	3. ¿Qué estado civil tiene?
			<u>Escolaridad</u> Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Años cumplidos de educación formal	Cualitativa nominal 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4.Carrera Técnica 5.-Bachillerato/equivalente 6. Profesional	4. ¿Hasta qué grado escolar curso?
			<u>Religión</u> Practica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales	Condición religiosa al momento de la entrevista	Nominal Politomica 1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Otra	5. ¿Qué Religión Profesa?
			<u>Rol Estructural Familiar</u> Forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas		Cualitativa Categórica 1. Padre 2. Madre 3. Hijo	6. ¿Qué rol tiene usted dentro de su familia?
		Características económicas Estudia el comportamiento humano en relación con sus necesidades	<u>Ocupación</u> Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Tipo de ocupación según sectores	Cualitativa nominal 1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar 4. Pensionad@ / Jubilad@	7. ¿Cuál es su ocupación?

CONCEPTO	DOMINIOS	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ITEM	DECODIFICACIÓN
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p> <p>Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia.</p>	<p>ESFERA BIOLÓGICA</p>	<p><u>CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD</u></p> <p>Se refiere al cuidado que se tiene en el proceso salud enfermedad, con el fin de asistir a la persona enferma para llevar hacia la salud o evitar complicaciones</p>	<p>Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio.</p> <p>Área alterada</p> <p>Área no Alterada</p>	<p>Escala Likert</p> <p>5-Nunca 4-Casi Nunca 3-A Veces 2-Casi Siempre 1-Siempre</p>	<p>3. ¿Se siente tenso al cuidar a un familiar enfermo?</p> <p>9. ¿Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa?</p> <p>18. ¿Siente que el cuidar a un familiar enfermo ha afectado su salud?</p>	<p>La codificación para el encuestador se marca dependiendo de la suma obtenida y será:</p> <p>Se anota el puntaje por cada pregunta y se realiza la suma de los ítems correspondientes para valorar cada área.</p> <p>La calificación mínima por área es 3 La calificación máxima por área es 15.</p>
		<p><u>VIOLENCIA</u></p> <p>Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.</p>	<p>Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio.</p> <p>Área alterada</p> <p>Área no Alterada</p>	<p>Escala Likert</p> <p>5-Nunca 4-Casi Nunca 3-A Veces 2-Casi Siempre 1-Siempre</p>	<p>16. ¿Se habla con groserías o malas palabras dentro de la casa?</p> <p>23. ¿Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos?</p> <p>26. ¿Ha habido golpes entre los miembros de nuestra familia?</p>	<p>De acuerdo al resultado por área, se determina que:</p> <p>De 3 a 9 área alterada De 10 a 15 área no alterada.</p> <p>Para el área de sexualidad La calificación mínima es de 2 La calificación máxima es de 10</p>
		<p><u>SEXUALIDAD</u></p> <p>Aspecto central del ser humano. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el pacer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales; se expresa en el individuo, la pareja, la familia y sociedad.</p>	<p>Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio.</p> <p>Área alterada</p> <p>Área no Alterada</p>	<p>Escala Likert</p> <p>1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre</p>	<p>10. ¿Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos?</p> <p>19. ¿En nuestra familia hablamos sobre sexualidad?</p>	<p>Una calificación de 2 a 5 corresponde a área alterada Una calificación de 6 a 10 corresponde a área no alterada.</p>

		<p align="center"><u>CUIDADOS EN LA SALUD</u></p> <p>Función básica de la familia que preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias; sus determinantes son vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional.</p>	<p>Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio.</p> <p>Área alterada</p> <p>Área no Alterada</p>	<p>Escala Likert</p> <p>1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre</p>	<p>2. ¿Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses?</p> <p>11. ¿Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones?</p> <p>20. ¿Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela?</p>	<p>Posteriormente se realiza la suma global y se obtiene el resultado de Funcionalidad Familiar.</p> <p>Calificación mínima global: 29 Calificación máxima global: 145</p> <p>De 29 a 87 puntos, corresponde a: Familia Disfuncional</p> <p>De 88 a 145 puntos, corresponde a: Familia Funcional</p>
		<p align="center"><u>LIMITES</u></p> <p>Reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento familiar.</p>	<p>Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio.</p> <p>Área alterada</p> <p>Área no Alterada</p>	<p>Escala Likert</p> <p>1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre</p>	<p>1, ¿Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia?</p> <p>12 ¿Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta?</p> <p>21. ¿Se respetan las decisiones que se toman en la familia?</p>	<p>CODIFICACIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FAMILIA FUNCIONAL 2. FAMILIA DISFUNCIONAL 3. AREA ALTERADA 4. AREA NO ALTERADA
		<p align="center"><u>JERARQUIAS</u></p> <p>Se refiere a los diversos niveles de autoridad con que cuenta la familia; es decir, como se encuentra la distribución del poder familiar.</p>	<p>Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio.</p> <p>Área alterada</p> <p>Área no Alterada</p>	<p>Escala Likert</p> <p>1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre</p>	<p>4, ¿Se respeta a las personas de mayor edad en la familia?</p> <p>13. ¿Las reglas en casa las hace papá, mamá, o la persona de mayor edad?</p> <p>22. ¿Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en casa?</p>	

	<u>ESFERA PSICOLOGICA</u>	<u>TAREAS EN CASA</u> Todas las actividades que son asignadas por medio de los individuos, que deben de cumplirse por todos los miembros con el fin de implementar armonía en el hogar y la familia.	Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio. Área alterada Área no Alterada	Escala Likert 1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre	6, ¿En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada? 14. ¿Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia? 28 ¿Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria?
		<u>APECTO</u> Todo Comportamiento de ayuda y protección que contribuyan a la supervivencia de otro ser vivo; es una función básica de la familia que corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes.	Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio. Área alterada Área no Alterada	Escala Likert 1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre	5. ¿Nos apoyamos entre los integrantes de la familia? 15. ¿Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia? 24 ¿Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo?
	<u>ESFERA SOCIAL</u>	<u>SOCIALIZACIÓN INTERNA</u> Socialización que se lleva a cabo dentro del núcleo familiar entre los diversos subsistemas que existen (conyugal, paterno filial y fraterno), para lo cual es primordial la comunicación tanto verbal como no verbal que se lleva a cabo entre los integrantes de la familia.	Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio. Área alterada Área no Alterada	Escala Likert 1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre	7. ¿Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros? 27. ¿Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia? 29. ¿Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia?

		<u>SOCIALIZACIÓN EXTERNA</u> Capacidad de la familia en transformar a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, mediante la comunicación que entabla la familia con el medio exterior para lo cual debe ser reconocida en el mismo.	Condición de área de Funcionalidad Familiar al momento del estudio. Área alterada Área no Alterada	Escala Likert 1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre	8. ¿Acudimos a fiestas de familia o amigos? 17. ¿Salimos a compartir o convivir con amigos? 25. ¿Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos?	
CONCEPTO	DIMENSIONES		INDICADORES	ESCALA	ITEM	DECODIFICACIÓN
HÁBITOS ALIMENTARIOS Los Hábitos Alimentarios se refieren al conjunto de acciones asociadas a la manera de alimentarse, que incluye el qué, cómo, por qué y para qué se ingieren determinados alimentos, incluyendo la selección, preparación, preferencias, de ingestión de alimentos, creencias y horarios en la toma de alimentos entre otras	<u>PREOCUPACION ALIMENTARIA</u> Hace referencia al interés que muestran las personas por mantener un peso saludable y alimentarse saludablemente.		Se mide en relación a la preocupación ingerir alimentos saludables, e incluso el desarrollo y ejecución de un plan de alimentación.	Escala Likert 1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces 4-Casi Siempre 5-Siempre	1.1 ¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume? 1.2 ¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen? 1.3 ¿Lleva algún tipo de dieta Natural o con Medicamentos? 1.4 Cuando intenta reducir peso ¿Lo comunica a los que lo rodean para que lo apoyen? 1.5 Si come a deshoras ¿consume alimentos bajos en calorías (frutas, un vaso de agua, etc.)? 1.6 ¿Los lácteos que consume son descremados? 1.7 ¿Consumo alimentos evitando las frituras y grasas?	Se suman los puntajes obtenidos en la escala Likert y se multiplica por 0.0887 <ul style="list-style-type: none"> Puntaje hasta 10.24 puntos (<P 25) se les clasifica como Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes Puntaje en el rango de 10.25 y 12.55 (P 25-75) se les considera Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes Puntaje superior a 12,56 (>P 75) se les cataloga como personas con Conducta y Hábitos Alimentarios saludables.
	<u>SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DE SALUD</u> Identifica el nivel de compromiso tanto con los centros de salud como con la consulta nutricional y		Se mide en cuanto al seguimiento de indicaciones y	Escala Likert 1-Nunca 2-Casi Nunca 3-A Veces	2.1 ¿Sigue las recomendaciones de alimentarse en forma saludable?	

	<p>consecuentemente el seguimiento de indicaciones alimentarias saludables.</p>	<p>recomendaciones dietéticas saludables por un especialista en nutrición.</p>	<p>4-Casi Siempre 5-Siempre</p> <p>Escala Likert 5- No Come Comida Rápida. 4- 1 o 2 Días por Semana 3- 3 o 4 Días por Semana 4- 5 o 6 Días por Semana 5- Todos los Días</p> <p>Escala Likert 5- No Consume. 4- 1 al Día 3- 2 al Día 2- 3 al Día 1- 4 o más Días</p>	<p>2.2 ¿Consulta con un@ Nutriólog@ para mantener su buena salud?</p> <p>2.3 ¿Sigue las recomendaciones alimentarias que le da el (la) Nutriólog@ en el consultorio?</p> <p>2.4 ¿Cuántos días por semana consume comida rápida (comida chatarra)?</p> <p>2.5 ¿Cuántas veces al día consume golosinas o snack (papas fritas, postres, etc.)?</p>	<p>1.- Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes</p> <p>2.- Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes</p> <p>3.- Conducta y Hábitos Alimentarios Saludables</p>
	<p><u>ALIMENTACIÓN FUERA DE HORARIOS</u></p> <p>Hace referencia al consumo de alimentos entre comidas asociado a conductas psicológicas.</p>	<p>Se mide por el consumo de alimentos fuera de horarios, por ansiedad o aburrimiento.</p>	<p>Escala Likert 5- Nunca 4- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 2- Casi Siempre 1- Siempre</p>	<p>3.1 ¿Consume alimentos entre las comidas?</p> <p>3.2 Cuando está aburri@ ¿Le da hambre?</p> <p>3.3 Cuando tiene ansiedad o está baj@ de ánimo ¿Suele comer a deshoras?</p>	
	<p><u>GUIAS ALIMENTARIAS</u></p> <p>Trata de identificar en nivel de conocimiento que tienen las personas referentes a las guías alimentarias del sistema de salud, orientado a los alimentos de menor consumo; frutas, verduras, pescado y legumbres.</p>	<p>Se mide de acuerdo al conocimiento y aplicación que tiene el paciente en referente a las cantidades</p>	<p>Escala Likert 1- No Consume. 2- 1 Vez 3- 2 Veces 4- 3 Veces 5- 4 o más Veces</p>	<p>4.1 ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres? (Frijoles, habas, lentejas, chicharos, garbanzos)</p>	

		<p>de alimentos como legumbres, verduras, frutas y pescado.</p>	<p>Escala Likert 1- No Consume. 2- 1 Porción 3- 2 Porciones 4- 3 Porciones 5- 4 o más Porciones</p> <p>Escala Likert 1- No Consume. 2- 1 Vez 3- 2 Veces 4- 3 Veces 5- 4 o más Veces</p>	<p>4.2 ¿Cuántas porciones de verdura consume al día?</p> <p>3.3 ¿Cuántas frutas consume al día?</p> <p>3.4 ¿Cuántas veces a la semana consume pescado?</p>	
	<p>CONDUCTAS ALIMENTARIAS- SEDENTARIAS Hace referencia al tiempo de inactividad durante el día y la asociación a un menor consumo de alimentos.</p>	<p>Se mide por el tiempo que las personas permanecen sedentarias, así como al tamaño de las porciones de sus alimentos y el hábito de comer solo cuando se tiene apetito.</p>	<p>Escala Likert 5-Ninguna 4-Menos de 1 Hora 3-Entre 1 a 3 Horas 2-Entre 4 a 6 Horas 1-Entre 7 a 9 Horas</p> <p>Escala Likert 1- Nunca 2- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 4- Casi Siempre 5- Siempre</p>	<p>5.1 ¿Cuántas horas al día pasas sentad@ en alguna actividad?</p> <p>5.2 ¿Se sirve raciones pequeñas a la hora de comer?</p> <p>5.3 ¿Come solamente cuando tiene hambre?</p>	
	<p>ALIMENTACIÓN DEPORTIVA Se refiere a la actividad física realizada y la relación que existe con el consumo de ciertos alimentos que interfieren directamente en su realización de forma positiva o negativa.</p>	<p>Se mide en cuanto a la actividad física realizada, así como una</p>	<p>Escala Likert 5- No Realiza Actividad Física 4- 1 o 2 Días por Semana</p>	<p>6.1 ¿Cada cuánto realiza actividad física (ejercicio) por semana?</p>	

		<p>complementación hídrica y alimentaria adecuada.</p>	<p>3- 3 a 4 Días por Semana 2- 5 a 6 Días por semana 1- Todos los Días</p> <p>Escala Likert 5- No Consume. 4- 1 a 2 Vasos 3- 3 a 4 Vasos 2- 5 a 6 Vasos 1- 7 o más Vasos</p> <p>Escala Likert 5- Nunca 4- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 2- Casi Siempre 1- Siempre</p>	<p>6.2 ¿Cuántos vasos de agua consume al día?</p> <p>6.3 ¿Camina diariamente al menos 30 minutos?</p> <p>6.4 ¿Come carnes grasas?</p>	
	<p><u>CONSUMO DE ALIMENTOS INNECESARIOS</u></p> <p>Hace referencia al consumo innecesario de calorías como lo son los refrescos.</p>	<p>Se mide por el consumo refresco y el mal hábito de realizar otra actividad mientras se come</p>	<p>Escala Likert 5- Nunca 4- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 2- Casi Siempre 1- Siempre</p>	<p>7.1 Mientras come ¿Mira la televisión o lee?</p> <p>7.2 ¿Consume Refrescos durante la semana?</p>	
	<p><u>ALIMENTOS DE ALTO CONSUMO</u></p> <p>Hace referencia al consumo de carnes, lácteos y pan, alimentos que según la hoja de balance alimentario de la FAO han aumentado su consumo.</p>	<p>Se mide por la cantidad de carnes, lácteos y pan se consume</p>	<p>Escala Likert 1- No Consume. 2- 1 Vez 3- 2 Veces 4- 3 Veces 5- 4 o más Veces</p>	<p>8.1 ¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, rojas, pollo o pescado?</p> <p>8.2 ¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?</p> <p>8.3 ¿Cuánto pan consume al día?</p>	

	<p><u>PROCESO DE ALIMENTACIÓN</u></p> <p>Describe el número de comidas importantes que realiza una persona, la disposición y desarrollo del acto de alimentación.</p>	<p>Se mide por el número de comidas, el hambre durante las comidas y el tiempo que se toma para alimentarse.</p>	<p>Escala Likert 5- Nunca 4- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 2- Casi Siempre 1- Siempre</p>	<p>9.1 ¿Realiza las 4 comidas recomendadas al día (desayuno, almuerzo, comida, cena)? 9.2 ¿Se sienta a comer con mucha hambre? 9.3 ¿Come despacio, en un tiempo razonable?</p>	
	<p><u>POSICIÓN AL ALIMENTARSE</u></p> <p>Hace referencia a la posición en que las personas acostumbran alimentarse</p>	<p>Se mide de acuerdo a si los pacientes comen sentados</p>	<p>Escala Likert 1- Nunca 2- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 4- Casi Siempre 5- Siempre</p>	<p>10.1 ¿Come sentad@?</p>	
	<p><u>SACIEDAD DE ALIMENTOS ENERGETICOS</u></p> <p>Hace referencia al consumo de alimentos que contienen hidratos de carbono complejos y el nivel de saciedad de los mismos</p>	<p>Se mide por el grado de saciedad y la ingesta de cereales y pastas</p>	<p>1- Nunca 2- Casi Nunca 3- Con Alguna Frecuencia 4- Casi Siempre 5- Siempre</p> <p>Escala Likert 1- No Consume. 2- 1 Vez 3- 2 Veces 4- 3 Veces 5- 4 o más Veces</p>	<p>11.1 ¿Deja de comer cuando está saciad@ (lleno)?</p> <p>11.2 ¿Cuántas veces a la semana consume cereales? 11.3 ¿Cuántas veces a la semana consume pastas?</p>	

XIII. ANEXO C.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)”

Nombre del estudio: “Funcionalidad Familiar asociada Hábitos Alimentarios en paciente mayores de 18 años de edad pertenecientes a la UMF # 11 Aguascalientes”

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes. A de del 2016.
 Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: **R-2016-101-08**.

Justificación: L@ estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en el servicio de Medicina Familiar de la UMF #11 Delegación Aguascalientes. Usted ha sido elegido a participar en un proyecto de investigación en todos los pacientes de la UMF#11, por lo que su participación es fundamental.

Objetivo: Determinar la asociación entre Funcionalidad Familiar y Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años usuarios de la UMF#11, IMSS Delegación Aguascalientes.

Procedimiento: Responder un cuestionario FUNQUI sobre Funcionalidad Familiar y el cuestionario de Conductas y Hábitos Alimentarios, para obtener una asociación entre estas dos variables de investigación.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se solicitan.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Un posible beneficio es que su participación en éste estudio le proporcione información sobre los Hábitos que influyen sobre su estado de salud. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de los padecimientos asociados a Función Familiar y Hábitos Alimentarios y así idear futuros programas de prevención, etc.

Participación o retiro: Entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder. Así mismo, la decisión no afecta la relación con el IMSS ni los derechos de obtener los servicios de salud necesarios.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio y acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada el cuestionario, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio: En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Estrella Sarahí Maldonado Paredes, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 11 con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11. DOMICILIO: Mariano Hidalgo sin Número colonia Modelos 1, Aguascalientes, CP 20280, TELÉFONO: 9 77 42 72, CORREO: acane16@hotmail.com; y con el Investigador Asociado (Tesisista) Dr. Miguel G. González Landa, Matricula 99015538, Residente de Medicina Familiar. ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 1, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No. 1, DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Linda vista, Aguascalientes, CP 20270, TELÉFONO: 9 13 90 22, CORREO: migol_22_10@hotmail.com.

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participantes en un estudio de Investigación: 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.

Declaración de Consentimiento Informado: Se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio. Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios de mi participación en el proyecto de investigación. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario, así como a responder cualquier duda sobre procedimientos que se llevaran a cabo, riesgos, beneficios o aclaraciones relacionada con el proyecto de investigación. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

 Nombre y firma del participante

 Nombre y Firma del testigo 1

 Dr. Miguel G. González Landa, Tesisista

 Nombre y Firma del testigo 2

XIII. ANEXO D.- INSTRUMENTO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Encuesta de Funcionalidad Familiar asociada al control de peso en pacientes con Sobrepeso u Obesidad mayores de 18 años de edad que se encuentren bajo régimen dietético en la UMF #11 Aguascalientes.

Entrevistador: _____

Folio: ___

Sección I. Características Demográficas:

I.1.- Fichas de Identificación:

I.1.a.- Nombre: _____

I.1.b.- Fecha de Aplicación: __ / __ / __ Día/Mes/Año

I.1.c.- Número de Afiliación: _____ - __ Agregado: _____

I.1.d.- Domicilio: Calle y Numero: _____
Colonia _____ Ciudad _____

I.1.e.- Teléfono: fijo: _____ móvil: _____

I.1.f.- Correo electrónico: _____

I.1.g.- UMF de Adscripción ____ **I.1.h.- Consultorio:** ____

I.1.i.- Turno: ____ 1(Matutino) 2 (Vespertino)

I.2.- Características Socio-Demográficas:

I.2.a.- Fecha de Nacimiento: __ / __ / ____ Día/Mes/Año **I.2.b.-Edad:** ____ años

I.2.c.- Genero: ____ 1(Masculino) 2 (Femenino)

I.2.d.- Escolaridad: ____ 1(Analfabeta) 2(Primaria) 3(Secundaria)
4(Carrera Técnica) 5(Bachillerato) 6(Profesional)

I.2.e.- Estado Civil: ____ 1(Casad@) 2(Solter@) 3(Unión Libre)
4(Divorciad@)5(Viud@)

I.2.f.- Ocupación: ____ 1(Trabaja) 2(Estudia) 3(Hogar)
4(Pensionad@ / Jubilad@)

I.2.g.- Rol dentro de la Familia: ____ en caso de ser 3 # ____
1(Padre) 2(Madre) 3(Hijo) (número)

I.2.h.- Religión: ____ 1(Católica) 2(Cristiana)
3(Testigo de Jehová) 4(Otra)

Sección 2. Cuestionario FUNQUI de Funcionalidad Familiar:

INSTRUCCIONES. Coloque una “X” en la casilla en donde usted considere que se encuentre su familia en el último mes.

Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FUNQUI)						
		Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia					
2	Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.					
3	Se siente tenso al cuidar a un familiar enfermo.					
4	Se respeta a las personas de mayor edad en la familia					
5	Nos apoyamos entre los integrantes de la familia					
6	En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada					
7	Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros					
8	Acudimos a fiestas de familia o amigos					
9	Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa					
10	Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.					
11	Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones					
12	Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta					
13	Las reglas en casa las hace papá, mamá, o la persona de mayor edad					
14	Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia					
15	Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia					
16	Se habla con groserías o malas palabras dentro de la casa					
17	Salimos a compartir o convivir con amigos					
18	Siente que el cuidar a un familiar enfermo ha afectado su salud					
19	En nuestra familia hablamos sobre sexualidad					
20	Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela					
21	Se respetan las decisiones que se toman en la familia					
22	Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en casa					
23	Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos					
24	Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo					
25	Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos					
26	Ha habido golpes entre los miembros de nuestra familia					
27	Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia					
28	Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria					
29	Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia					
	TOTAL					
	INTERPRETACIÓN					

Sección 3.- Cuestionario para Evaluar Conductas y Hábitos Alimentarios en usuarios de la Atención Primaria de Salud.

INSTRUCCIONES: Frente a cada pregunta marque con una **X** el número de la alternativa que considere más cercana a su preferencia.

Cuestionario para Evaluar Conductas y Hábitos Alimentarios en usuarios de la Atención Primaria de Salud					
1.1 ¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.2 ¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.3 ¿Lleva algún tipo de dieta Natural o con Medicamentos?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.4 Cuando intenta reducir peso ¿Lo comunica a los que lo rodean para que lo apoyen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.5 Si come a deshoras ¿consume alimentos bajos en calorías (frutas, un vaso de agua, etc.)?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.6 ¿Los lácteos que consume son descremados?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.7 ¿Consume alimentos evitando las frituras y grasas?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.1 ¿Sigue las recomendaciones de alimentarse en forma saludable?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.2 ¿Consulta con un@ Nutriolog@ para mantener su buena salud?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.3 ¿Sigue las recomendaciones alimentarias que le da el (la) Nutriólog@ en el consultorio?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.4 ¿Cuántos días por semana consume comida rápida (comida chatarra)?	5 No Come Comida Rápida	4 1 o 2 Días por Semana	3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
2.5 ¿Cuántas veces al día consume golosinas o snack (papas fritas, postres, etc.)?	5 No Consume	4 1 al Día	3 2 al Día	2 3 al Día	1 4 o más al Día
3.1 ¿Consume alimentos entre las comidas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
3.2 Cuando está aburri@ ¿Le da hambre?	5 Nunca	4	3	2	1 Siempre

		Casi Nunca	Con Alguna Frecuencia	Casi Siempre	
3.3 Cuando tiene ansiedad o está baj@ de ánimo ¿Suele comer a deshoras?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
4.1 ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres? (Frijoles, habas, lentejas, chicharos, garbanzos)	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
4.2 ¿Cuántas porciones de verdura consume al día?	1 No Consume	2 1 Porción	3 2 Porciones	4 3 Porciones	5 4 o más Porciones
4.3 ¿Cuántas frutas consume al día?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
4.4 ¿Cuántas veces a la semana consume pescado?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
5.1 ¿Cuántas horas al día pasas sentad@ en alguna actividad?	5 Ninguna	4 Menos de 1 Hora	3 Entre 1 a 3 Horas	2 Entre 4 a 6 Horas	1 Entre 7 a 9 Horas
5.2 ¿Se sirve raciones pequeñas a la hora de comer?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
5.3 ¿Come solamente cuando tiene hambre?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
6.1 ¿Cada cuánto realiza actividad física (ejercicio) por semana?	5 No Realiza Actividad Física	4 1 o 2 Días por Semana	3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
6.2 ¿Cuántos vasos de agua consume al día?	5 No Consume	4 1 a 2 Vasos	3 3 a 4 Vasos	2 5 a 6 Vasos	1 7 o más Vasos
6.3 ¿Camina diariamente al menos 30 minutos?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
6.4 ¿Come carnes grasas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
7.1 Mientras come ¿Mira la televisión o lee?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
7.2 ¿Consumes Refrescos durante la semana?	5 Nunca	4	3	2	1 Siempre

		Casi Nunca	Con Alguna Frecuencia	Casi Siempre	
8.1 ¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, rojas, pollo o pescado?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
8.2 ¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
8.3 ¿Cuánto pan consume al día?	1 No Consume	2 1 Pan	3 2 Panes	4 3 Panes	5 4 o más Panes
9.1 ¿Realiza las 4 comidas recomendadas al día (desayuno, almuerzo, comida, cena)?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
9.2 ¿Se sienta a comer con mucha hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
9.3 ¿Come despacio, en un tiempo razonable?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
10.1 ¿Come sentad@?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
11.1 ¿Deja de comer cuando está saciad@ (lleno)?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
11.2 ¿Cuántas veces a la semana consume cereales?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
11.3 ¿Cuántas veces a la semana consume pastas?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces

XIII. ANEXO E.- MANUAL OPERACIONAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #11
AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES**

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF #11 AGUASCALIENTES”

1. El residente de tercer año de Medicina Familiar, aplicara el test de Funcionalidad Familiar asociada a Hábitos Alimentarios en pacientes mayores de 18 años de edad pertenecientes a la UMF #11 Aguascalientes.
2. Se seleccionara de forma aleatoria simple a 381 pacientes que acudan a consulta en la UMF #11, al momento de identificarlos, se les dará una carta de consentimiento informado, se les explicara que se les realizará una entrevista donde se incluyen datos generales del paciente, así como preguntas sobre funcionalidad familiar y Hábitos Alimentarios.
3. La entrevista consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, se valora un total de 29 cuestionamientos familiares, correspondiendo a las 10 áreas de la funcionalidad familiar que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, las cuales serán respondidos de acuerdo a la frecuencia de la situación (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre), los cuales ya tienen un valor ya predeterminado del 1 al 5 de acuerdo a la respuesta y al área evaluada ya establecida por el instrumento, lo que mostrara la afectación o normalidad de alguna área en específico, así como presencia de funcionalidad familiar o disfunción familiar. De igual forma también se aplicara un cuestionario de 38 cuestionamientos sobre conductas y hábitos alimentarios, los cuales se dan en escala tipo Likert de 5 opciones, las cuales serán respondidas de acuerdo a la frecuencia del hábito en cuestión, otorgándosele un valor de 1 al 5 de acuerdo a la respuesta y área evaluada ya predeterminada por el instrumento, mostrando sus resultados en cuanto a la presencia de Conductas y Hábitos Alimentarios Deficientes, Conductas y Hábitos Alimentarios Suficientes y Conductas y Hábitos Alimentarios Saludables.

La información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectara en la atención que le brinda en la Institución.

Se le comunicara al entrevistado que en el momento en que no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.

Sección I. Ficha de Identificación

En esta sección, la información será preguntada directamente a los entrevistados, así mismo se corroborara su identidad con su cartilla de citas médicas.

I.1.- Características Demográficas: Las características demográficas se obtendrán del entrevistado, la selección será de forma aleatoria simple a 381 pacientes:

I.1.- Fichas de Identificación:

El nombre se obtendrá de la cartilla de citas médicas del entrevistado.

Ejemplo:

I.1.a.- Nombre: Miguel G. González Landa

I.1.b.- Fecha de Aplicación: Se anotará la fecha en que se aplique la encuesta, empezando por el día, el mes y el año.

Ejemplo:

Fecha de Aplicación: 20 / 07/ 16 Día/Mes/Año

I.1.c.- Número de Afiliación: Se obtendrá de la cartilla de citas médicas.

Ejemplo:

Número de Afiliación: 3413 86 05364 Agregado: 1M1986OR

I.1.d.- Domicilio: Se obtendrá de la cartilla de citas médicas.

Ejemplo:

Domicilio: Calle y Número: José Ma. Chávez #1202 Colonia: Linda Vista Ciudad: Aguascalientes

I.1.e.- Teléfono: Se preguntará si tiene teléfono en su domicilio o teléfono móvil y si lo puede proporcionar.

Ejemplo:

Teléfono: fijo: 9 13 90 22 Móvil: 449 163 62 58

I.1.f.- Se preguntará si tiene correo electrónico y si lo puede proporcionar.

Ejemplo:

Correo electrónico: migol_22_10@hotmail.com

I.1.g.- UMF de Adscripción: se pondrá en este caso el número de la UMF en donde se realiza el estudio, en este caso la UMF 11

Ejemplo:

UMF de Adscripción 11

I.1.h.- Consultorio: se pondrá el número de consultorio al que pertenece el usuario encuestado y éste se obtendrá de la cartilla de citas médicas.

Ejemplo:

Consultorio: 14

I.1.i.- Turno: se pondrá el turno al que pertenece el usuario encuestado y éste se obtendrá de la cartilla de citas médicas.

Turno: 1 1(Matutino) 2 (Vespertino)

I.2.- Características Socio-Demográficas:

I.2.a.- Fecha de Nacimiento: Se obtendrá por pregunta directa, empezando por el día, el mes y el año.

Ejemplo:

Fecha de Nacimiento: 22 / 10 / 1986 Día/Mes/Año

I.2.b.- Edad: Se obtendrá por pregunta directa, y se anotara la edad cumplida en años.

Ejemplo:

Edad: 30 años

I.2.c.- Género: Se obtendrá por pregunta directa a los pacientes:

Ejemplo:

Género: 1 1(Masculino) 2 (Femenino)

I.2.d.- Escolaridad: Se le preguntara a los usuarios que si estudio, si contesta que sí, se le preguntara cual es el máximo nivel de estudios que alcanzo y se decodificara de acuerdo a su respuesta.

Ejemplo:

Escolaridad: 6 1(Analfabeta) 2(Primaria) 3(Secundaria)
4(Carrera Técnica) 5(Bachillerato) 6(Profesional)

I.2.e.- Estado Civil: En esta sección se le preguntara al paciente sobre su estado civil actual y se codificara de acuerdo a su respuesta.

Ejemplo:

Estado Civil: 2 1(Casad@) 2(Solter@) 3(Unión Libre)
4(Divorciad@)5(Viud@)

Cada esfera y área se encuentra formada por los siguientes ítems:

A. **ESFERA BIOLÓGICA:** conformada por las siguientes áreas:

I. Cuidados en la Enfermedad: ítem 3, 9 y 18

Cuidado que se tiene en el proceso salud enfermedad, con el fin de asistir a la persona enferma para llevar hacia la salud o evitar complicaciones.

3	Se siente tenso al cuidar a un familiar enfermo.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi nunca se codificara 4, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

3	Se siente tenso al cuidar a un familiar enfermo.	Nunca X	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	--	-------------------	------------	---------	--------------	---------

9	Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi nunca se codificara 4, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

9	Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa	Nunca	Casi Nunca X	A Veces	Casi Siempre	Siempre
18	Siente que el cuidar a un familiar enfermo ha afectado su salud	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi nunca se codificara 4, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

18	Siente que el cuidar a un familiar enfermo ha afectado su salud	Nunca X	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	---	-------------------	------------	---------	--------------	---------

II. Violencia: ítem 16, 23 y 26

Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

16	Se habla con groserías o malas palabras dentro de la casa	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi nunca se codificara 4, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

16	Se habla con groserías o malas palabras dentro de la casa	Nunca	Casi Nunca	A Veces X	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------------------	--------------	---------

23	Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi nunca se codificara 4, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

23	Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos	Nunca	Casi Nunca X	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------------------	---------	--------------	---------

26	Ha habido golpes entre los miembros de nuestra familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi nunca se codificara 4, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

26	Ha habido golpes entre los miembros de nuestra familia	Nunca X	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	--	-------------------	------------	---------	--------------	---------

III. Sexualidad: ítem 10 y 19

Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el pacer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, practicas, papeles y relaciones interpersonales; se expresa en el individuo, la pareja, la familia y sociedad. La sexualidad puede incluir todas las dimensiones, no obstante no todas se vivencian o expresan siempre.

10	Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

10	Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre X
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	------------------

19	En nuestra familia hablamos sobre sexualidad	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

19	En nuestra familia hablamos sobre sexualidad	Nunca	Casi Nunca X	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	--	-------	---------------------	---------	--------------	---------

IV. Cuidados de la salud: ítem 2, 11 y 20

Función básica de la familia que preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias; sus determinantes son vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional.

2	Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

2	Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----------	---	-------	------------	---------	-----------------------	---------

11	Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

11	Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre X
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	------------------

20	Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

20	Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre X
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	------------------

B. ESFERA PSICOLOGICA: conformada por las siguientes áreas:

I. Límites: ítem 1, 12 y 21

Reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento familiar.

1	Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1	Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre X
----------	---	-------	------------	---------	--------------	------------------

12	Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

12	Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
-----------	---	-------	------------	---------	-----------------------	---------

21	Se respetan las decisiones que se toman en la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

21	Se respetan las decisiones que se toman en la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
-----------	---	-------	------------	---------	-----------------------	---------

II. Jerarquías:**ítem 4, 13 y 22**

Se refiere a los diversos niveles de autoridad con que cuenta la familia; es decir, como se encuentra la distribución del poder familiar.

4	Se respeta a las personas de mayor edad en la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

4	Se respeta a las personas de mayor edad en la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre X
----------	---	-------	------------	---------	--------------	------------------

13	Las reglas en casa las hace papá, mamá, o la persona de mayor edad	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

13	Las reglas en casa las hace papá, mamá, o la persona de mayor edad	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
-----------	--	-------	------------	---------	-----------------------	---------

22	Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en casa	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
-----------	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

22	Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en casa	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
-----------	--	-------	------------	---------	-----------------------	---------

III. Tareas en casa:**ítem 6, 14 y 28**

Todas las actividades que son asignadas por medio de los individuos, que deben de cumplirse por todos los miembros con el fin de implementar armonía en el hogar y la familia.

6	En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----------	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

6	En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
---	---	-------	------------	---------	--------------------------	---------

14	Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

14	Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------------------	---------

28	Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

28	Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------------------	---------

IV. Afecto: ítem 5, 15 y 24

Todo comportamiento de ayuda y protección que contribuyan a la supervivencia de otro ser vivo; es una función básica de la familia que corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes.

5	Nos apoyamos entre los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
---	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

5	Nos apoyamos entre los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
---	--	-------	------------	---------	--------------------------	---------

15	Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

15	Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------------------	---------

24	Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

24	Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------------------	---------

C. **ESFERA SOCIAL:** conformada por las siguientes áreas:

I. **Socialización interna:** ítem 7, 27 y 29

Socialización que se lleva a cabo dentro del núcleo familiar entre los diversos subsistemas que existen (conyugal, paterno filial y fraterno), para lo cual es primordial la comunicación tanto verbal como no verbal que se lleva a cabo entre los integrantes de la familia.

7	Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
---	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

7	Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
---	---	-------	------------	---------	--------------------------	---------

27	Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

27	Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----	--	-------	------------	---------	--------------------------	---------

29	Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

29	Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre X	Siempre
----	--	-------	------------	---------	--------------------------	---------

II. Socialización externa: ítem 8, 17 y 25

Capacidad de la familia en transformar a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, mediante la comunicación que entabla la familia con el medio exterior para lo cual debe ser reconocida en el mismo.

8	Acudimos a fiestas de familia o amigos	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
---	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

8	Acudimos a fiestas de familia o amigos	Nunca	Casi Nunca	A Veces X	Casi Siempre	Siempre
---	--	-------	------------	---------------------	--------------	---------

17	Salimos a compartir o convivir con amigos	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

17	Salimos a compartir o convivir con amigos	Nunca	Casi Nunca	A Veces X	Casi Siempre	Siempre
----	---	-------	------------	---------------------	--------------	---------

25	Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
----	--	-------	------------	---------	--------------	---------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi nunca se codificara 2, si es A veces se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

25	Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos	Nunca	Casi Nunca	A Veces X	Casi Siempre	Siempre
----	--	-------	------------	---------------------	--------------	---------

CALIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN: La codificación para el encuestador se marca dependiendo de la suma obtenida y será:

Se anota el puntaje por cada pregunta y se realiza la suma de los ítems correspondientes para valorar cada área.

- La calificación mínima por área es 3
- La calificación máxima por área es 15.

De acuerdo al resultado por área, se determina que:

- De 3 a 9 área alterada
- De 10 a 15 área no alterada.

Cabe aclarar que para el área de sexualidad

- La calificación mínima es de 2
- La calificación máxima es de 10
- Una calificación de 2 a 5 corresponde a área alterada
- Una calificación de 6 a 10 corresponde a área no alterada.

Posteriormente se realiza la suma global y se obtiene el resultado de Funcionalidad Familiar.

- Calificación mínima global: 29
- Calificación máxima global: 145
- De 29 a 87 puntos, corresponde a Familia Disfuncional
- De 88 a 145 puntos, corresponde a Familia Funcional

EJEMPLO:

		Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia					X
2	Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.				X	
3	Se siente tenso al cuidar a un familiar enfermo.	X				
4	Se respeta a las personas de mayor edad en la familia					X
5	Nos apoyamos entre los integrantes de la familia				X	
6	En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada				X	
7	Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros				X	
8	Acudimos a fiestas de familia o amigos			X		
9	Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa		X			
10	Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.					X
11	Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones					X
12	Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta				X	
13	Las reglas en casa las hace papá, mamá, o la persona de mayor edad				X	
14	Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia				X	
15	Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia				X	
16	Se habla con groserías o malas palabras dentro de la casa			X		
17	Salimos a compartir o convivir con amigos			X		
18	Siente que el cuidar a un familiar enfermo ha afectado su salud	X				
19	En nuestra familia hablamos sobre sexualidad		X			
20	Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela					X
21	Se respetan las decisiones que se toman en la familia				X	
22	Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en casa				X	
23	Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos		X			
24	Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo				X	
25	Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos			X		
26	Ha habido golpes entre los miembros de nuestra familia	X				
27	Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia				X	
28	Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria				X	
29	Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia				X	

INTERPRETACIÓN:

FORMATO DE CALIFICACIÓN				
Área	Ítem	Ítem	Ítem	Calificación
1.-Cuidados en la enfermedad	3	9	18	5 + 4 + 5 = 14
2.- Violencia	16	23	26	3 + 4 + 5 = 12
3.- Sexualidad	10	19		5 + 4 = 9
4.- Cuidado en la Salud	2	11	20	4 + 5 + 5 = 14
5.- Límites	1	12	21	5 + 4 + 4 = 13
6.- Jerarquías	4	13	22	5 + 4 + 4 = 13
7.- Tareas en casa	6	14	28	4 + 4 + 4 = 12
8.- Afecto	5	15	24	4 + 4 + 4 = 12
9.- Socialización Interna	7	27	29	4 + 4 + 4 = 12
10.- Socialización Externa	8	17	25	3 + 4 + 3 = 10

Calificación Total: 121 puntos

Interpretación:

Familia Funcional

Área Afectada: En este apartado se realizará un análisis cuantitativo de las respuestas a los ítems, se identificara con más detalle las áreas afectadas del funcionamiento familiar, sumando puntos por ítem que califica a cada área.

Interpretación: Del análisis de la tabla anterior y al instrumento implementado, podemos determinar que ninguna área se encuentra afectada en éste ejemplo.

Sección 3. Cuestionario de Conductas y Hábitos Alimentarios en Usuarios de Atención primaria de Salud:

Los Hábitos Alimentarios se refieren al conjunto de acciones asociadas a la manera de alimentarse, que incluye el qué, cómo, por qué y para qué se ingieren determinados alimentos, incluyendo la selección, preparación, preferencias, de ingestión de alimentos, creencias y horarios en la toma de alimentos entre otras. El Cuestionario de Conductas y Hábitos Alimentarios nos permite evaluar dichas variables, y su aplicación se realizará a pacientes que participen en nuestro estudio. En la encuesta se presenta una serie de conductas y hábitos alimentarios, las cuales serán respondidas de acuerdo a la frecuencia del hábito en cuestión, permitiendo de esta manera formar 3 grupos de pacientes en cuanto a la presencia de Conductas y Hábitos Alimentarios Deficientes, Conductas y Hábitos Alimentarios Suficientes y Conductas y Hábitos Alimentarios Saludables. En total son 38 preguntas que se pueden agrupar en 11 dimensiones, las cuales no se pueden evaluar por separado:

INSTRUCCIONES: Frente a cada pregunta marque con una **X** el número de la alternativa que considere más cercana a su preferencia.

1. Preocupación alimentaria: (ítems de 1.1 al 1.7)

Hace referencia al interés que muestran las personas por mantener un peso saludable y alimentarse saludablemente.

1.1 ¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.1 ¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
1.2 ¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.2 ¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

1.3 ¿Lleva algún tipo de dieta Natural o con Medicamentos?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.3 ¿Lleva algún tipo de dieta Natural o con Medicamentos?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

1.4 Cuando intenta reducir peso ¿Lo comunica a los que lo rodean para que lo apoyen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.4 Cuando intenta reducir peso ¿Lo comunica a los que lo rodean para que lo apoyen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

1.5 Si come a deshoras ¿consume alimentos bajos en calorías (frutas, un vaso de agua, etc)?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.5 Si come a deshoras ¿consume alimentos bajos en calorías (frutas, un vaso de agua, etc)?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	--------------------------	----------------------------	-------------------	--------------

1.6 ¿Los lácteos que consume son descremados?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.6 ¿Los lácteos que consume son descremados?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

1.7 ¿Consume alimentos evitando las frituras y grasas?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1.7 ¿Consume alimentos evitando las frituras y grasas?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

2. Seguimiento de indicaciones de salud: (ítems del 2.1 al 2.5)

Identifica el nivel de compromiso tanto con los centros de salud como con la consulta nutricional y consecuentemente el seguimiento de indicaciones alimentarias saludables.

2.1 ¿Sigue las recomendaciones de alimentarse en forma saludable?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

2.1 ¿Sigue las recomendaciones de alimentarse en forma saludable?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

2.2 ¿Consulta con un@ Nutriolog@ para mantener su buena salud?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

2.2 ¿Consulta con un@ Nutriolog@ para mantener su buena salud?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	--------------------------	----------------------------	-------------------	--------------

2.3 ¿Sigue las recomendaciones alimentarias que le da el (la) Nutriólog@ en el consultorio?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

2.3 ¿Sigue las recomendaciones alimentarias que le da el (la) Nutriólog@ en el consultorio?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	----------------------------	--------------

2.4 ¿Cuántos días por semana consume comida rápida (comida chatarra)?	5 No Come Comida Rápida	4 1 o 2 Días por Semana	3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Come Comida Rápida se codificará 5, si es 1 o 2 Días por Semana se codificara 4, si es 3 o 4 Días por Semana se codificara 3, si es 5 o 6 Días por Semana se codificara 2 y si es Todos los Días se codificara 1.

Ejemplo:

2.4 ¿Cuántos días por semana consume comida rápida (comida chatarra)?	5 No Come Comida Rápida	4 1 o 2 Días por Semana	X 3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
--	----------------------------	----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	---------------------

2.5 ¿Cuántas veces al día consume golosinas o snack (papas fritas, postres, etc)?	5 No Consume	4 1 al Día	3 2 al Día	2 3 al Día	1 4 o más al Día
--	-----------------	---------------	---------------	---------------	---------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 5, si es 1 al Día se codificara 4, si es 2 al Día se codificara 3, si es 3 al Día se codificara 2 y si es 4 o más al Día se codificara 1.

Ejemplo:

2.5 ¿Cuántas veces al día consume golosinas o snack (papas fritas, postres, etc)?	5 No Consume	4 1 al Día	3 2 al Día	X 2 3 al Día	1 4 o más al Día
--	-----------------	---------------	---------------	------------------------	---------------------

3. Alimentación fuera de horarios:

(ítems del 3.1 al 3.3)

Hace referencia al consumo de alimentos entre comidas asociado a conductas psicológicas.

3.1 ¿Consume alimentos entre las comidas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

3.1 ¿Consume alimentos entre las comidas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
--	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

3.2 Cuando está aburri@ ¿Le da hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

3.2 Cuando está aburri@ ¿Le da hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	-----------------	----------------------------	----------------------------	--------------

3.3 Cuando tiene ansiedad o está baj@ de ánimo ¿Suele comer a deshoras?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

3.3 Cuando tiene ansiedad o está baj@ de ánimo ¿Suele comer a deshoras?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 2 Casi Siempre	1 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	----------------------------	--------------

4. Guías alimentarias:

(ítems del 4.1 al 4.4)

Trata de identificar en nivel de conocimiento que tienen las personas referentes a las guías alimentarias del sistema de salud, orientado a los alimentos de menor consumo; frutas, verduras, pescado y legumbres.

4.1 ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres? (Frijoles, habas, lentejas, chicharos, garbanzos)	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	-----------------	------------	--------------	--------------	--------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificará 2, si es 2 Veces se codificará 3, si es 3 Veces se codificará 4 y si es 4 o más Veces se codificará 5.

Ejemplo:

4.1 ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres? (Frijoles, habas, lentejas, chicharos, garbanzos)	1 No Consume	X 2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	-----------------	---------------------	--------------	--------------	--------------------

4.2 ¿Cuántas porciones de verdura consume al día?	1 No Consume	2 1 Porción	3 2 Porciones	4 3 Porciones	5 4 o más Porciones
--	-----------------	----------------	------------------	------------------	------------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Porción se codificará 2, si es 2 Porciones se codificará 3, si es 3 Porciones se codificará 4 y si es 4 o más Porciones se codificará 5.

Ejemplo:

4.2 ¿Cuántas porciones de verdura consume al día?	1 No Consume	2 1 Porción	X 3 2 Porciones	4 3 Porciones	5 4 o más Porciones
--	-----------------	----------------	---------------------------	------------------	------------------------

4.3 ¿Cuántas frutas consume al día?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	-----------------	------------	--------------	--------------	--------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificará 2, si es 2 Veces se codificará 3, si es 3 Veces se codificará 4 y si es 4 o más Veces se codificará 5.

Ejemplo:

4.3 ¿Cuántas frutas consume al día?	1	2	X 3	4	5
	No Consume	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 o más Veces

4.4 ¿Cuántas veces a la semana consume pescado?	1	2	3	4	5
	No Consume	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 o más Veces

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificara 2, si es 2 Veces se codificara 3, si es 3 Veces se codificara 4 y si es 4 o más Veces se codificara 5.

Ejemplo:

4.4 ¿Cuántas veces a la semana consume pescado?	1	2	3	X 4	5
	No Consume	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 o más Veces

5. Conductas alimentarias-sedentarias: (ítems del 5.1 al 5.3)

Hace referencia al tiempo de inactividad durante el día y la asociación a un menor consumo de alimentos.

5.1 ¿Cuántas horas al día pasa sentad@ en alguna actividad?	5	4	3	2	1
	Ninguna	Menos de 1 Hora	Entre 1 a 3 Horas	Entre 4 a 6 Horas	Entre 7 a 9 Horas

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Ninguna se codificará 5, si es Menos de 1 Hora se codificara 4, si es Entre 1 a 3 Horas se codificara 3, si es Entre 4 a 6 Horas se codificara 2 y si es Entre 7 a 9 Horas se codificara 1.

Ejemplo:

5.1 ¿Cuántas horas al día pasa sentad@ en alguna actividad?	5	4	3	2	X 1
	Ninguna	Menos de 1 Hora	Entre 1 a 3 Horas	Entre 4 a 6 Horas	Entre 7 a 9 Horas

5.2 ¿Se sirve raciones pequeñas a la hora de comer?	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi Nunca	Con Alguna Frecuencia	Casi Siempre	Siempre

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

5.2 ¿Se sirve raciones pequeñas a la hora de comer?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	--------------------------	----------------------------	-------------------	--------------

5.3 ¿Come solamente cuando tiene hambre?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

5.3 ¿Come solamente cuando tiene hambre?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------	--------------

6. Alimentación Deportiva:

(ítems del 6.1 al 6.4)

Se refiere a la actividad física realizada y la relación que existe con el consumo de ciertos alimentos que interfieren directamente en su realización, de forma positiva o negativa

6.1 ¿Cada cuánto realiza actividad física (ejercicio) por semana?	5 No Realiza Actividad Física	4 1 o 2 Días por Semana	3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
---	----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Realiza Actividad Física se codificará 5, si es 1 o 2 Días por Semana se codificara 4, si es 3 o 4 Días por Semana se codificara 3, si es 5 o 6 Días por Semana se codificara 2 y si es Todos los Días se codificara 1.

Ejemplo:

6.1 ¿Cada cuánto realiza actividad física (ejercicio) por semana?	5 No Realiza Actividad Física	X 4 1 o 2 Días por Semana	3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
--	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------

6.2 ¿Cuántos vasos de agua consume al día?	5 No Consume	4 1 a 2 Vasos	3 3 a 4 Vasos	2 5 a 6 Vasos	1 7 o más Vasos
---	-----------------	------------------	------------------	------------------	--------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 5, si es 1 o 2 Vasos se codificara 4, si es 3 o 4 Vasos se codificara 3, si es 5 o 6 Vasos se codificara 2 y si es 7 o más Vasos se codificara 1.

Ejemplo:

6.2 ¿Cuántos vasos de agua consume al día?	5 No Consume	4 1 a 2 Vasos	3 3 a 4 Vasos	2 5 a 6 Vasos	X 1 7 o más Vasos
---	-----------------	------------------	------------------	------------------	-----------------------------

6.3 ¿Camina diariamente al menos 30 minutos?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

6.3 ¿Camina diariamente al menos 30 minutos?	5 Nunca	X 4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	--------------------------	----------------------------	-------------------	--------------

6.4 ¿Come carnes grasas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---------------------------------	------------	-----------------	----------------------------	-------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

6.4 ¿Come carnes grasas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---------------------------------	------------	--------------------	---	----------------------	--------------

7. Consumo de Alimentos Innesarios: (ítems 7.1 y 7.2)

Hace referencia al consumo innecesario de calorías como lo son los refrescos.

7.1 Mientras come ¿Mira la televisión o lee?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

7.1 Mientras come ¿Mira la televisión o lee?	5 Nunca	4 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	--------------------	---	----------------------	--------------

7.2 ¿Consume Refrescos durante la semana?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
--	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

7.2 ¿Consume Refrescos durante la semana?	X 5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
--	---------------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

8. Alimentos de Alto Consumo:

(ítems del 8.1 al 8.3)

Hace referencia al consumo de carnes, lácteos y pan, alimentos que según la hoja de balance alimentario de la FAO han aumentado su consumo.

8.1 ¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, rojas, pollo o pescado?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
---	--------------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificará 2, si es 2 Veces se codificará 3, si es 3 Veces se codificará 4 y si es 4 o más Veces se codificará 5.

Ejemplo:

8.1 ¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, rojas, pollo o pescado?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	X 5 4 o más Veces
---	--------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------------------------

8.2 ¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
---	--------------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificará 2, si es 2 Veces se codificará 3, si es 3 Veces se codificará 4 y si es 4 o más Veces se codificará 5.

Ejemplo:

8.2 ¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?	1 No Consume	2 1 Vez	X 3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
---	--------------------	---------------	--------------------------	-----------------	-----------------------

8.3 ¿Cuánto pan consume al día?	1 No Consume	2 1 Pan	3 2 Panes	4 3 Panes	5 4 o más Panes
--	--------------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Pan se codificará 2, si es 2 Panes se codificará 3, si es 3 Panes se codificará 4 y si es 4 o más Panes se codificará 5.

Ejemplo:

8.3 ¿Cuánto pan consume al día?	1 No Consume	X 2 1 Pan	3 2 Panes	4 3 Panes	5 4 o más Panes
--	--------------------	------------------------	-----------------	-----------------	-----------------------

9. Proceso de Alimentación:

(ítems del 9.1 al 9.3)

Describe el número de comidas importantes que realiza una persona, la disposición y desarrollo del acto de alimentación.

9.1 ¿Realiza las 4 comidas recomendadas al día (desayuno, almuerzo, comida, cena)?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

9.1 ¿Realiza las 4 comidas recomendadas al día (desayuno, almuerzo, comida, cena)?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	X 1 Siempre
---	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	-----------------------

9.2 ¿Se sienta a comer con mucha hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
---	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 5, si es Casi Nunca se codificara 4, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 2 y si es Siempre se codificara 1.

Ejemplo:

9.2 ¿Se sienta a comer con mucha hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 2 Casi Siempre	1 Siempre
9.3 ¿Come despacio, en un tiempo razonable?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

9.3 ¿Come despacio, en un tiempo razonable?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
--	------------	-----------------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

10. Posición al Alimentarse:

(ítem 10.1)

Hace referencia a la posición en que las personas acostumbran alimentarse.

10.1 ¿Come sentad@?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
----------------------------	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

10.1 ¿Come sentad@?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
----------------------------	------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------

11. Saciedad de Alimentos Energéticos:

(ítems del 11.1 al 11.3)

Hace referencia al consumo de alimentos que contienen hidratos de carbono complejos y el nivel de saciedad de los mismos.

11.1 ¿Deja de comer cuando está saciad@ (lleno)?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	--------------------	----------------------------------	----------------------	--------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es Nunca se codificará 1, si es Casi Nunca se codificara 2, si es Con Alguna Frecuencia se codificara 3, si es Casi Siempre se codificara 4 y si es Siempre se codificara 5.

Ejemplo:

11.1 ¿Deja de comer cuando está saciad@ (lleno)?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
---	------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------

11.2 ¿Cuántas veces a la semana consume cereales?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	--------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificará 2, si es 2 Veces se codificará 3, si es 3 Veces se codificará 4 y si es 4 o más Veces se codificará 5.

Ejemplo:

11.2 ¿Cuántas veces a la semana consume cereales?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	X 4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	--------------------	---------------	-----------------	--------------------------	--------------------

11.3 ¿Cuántas veces a la semana consume pastas?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	--------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------------

Codificación: la codificación depende de la respuesta marcada por el entrevistado. Para el encargado del proyecto si la respuesta es No Consume se codificará 1, si es 1 Vez se codificará 2, si es 2 Veces se codificará 3, si es 3 Veces se codificará 4 y si es 4 o más Veces se codificará 5.

Ejemplo:

11.3 ¿Cuántas veces a la semana consume pastas?	1 No Consume	2 1 Vez	X 3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
--	--------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------

INTERPRETACIÓN:

El posible puntaje crudo oscila entre 38 y 190. Estos valores se ponderan en función de las 11 dimensiones del instrumento, las cuales se representan en porcentajes que sumarían el 100%. Por lo que se estima que cada punto equivale 0.0887 punto y al multiplicar la sumatoria total nos daría el resultado que nos permita clasificarlo de acuerdo a 3 puntos de corte:

- Puntaje hasta 10.24 puntos (<P 25) se les clasifica como Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes
- Puntaje en el rango de 10.25 y 12.55 (P 25-75) se les considera Conducta y Hábitos Alimentarios Suficientes
- Puntaje superior a 12,56 (>P 75) se les cataloga como personas con Conducta y Hábitos Alimentarios saludables.

Ponderación de las dimensiones.

DIMENSIÓN	ETIQUETA	N° PREG	PONDERACIÓN
1	Preocupación alimentaria	7	* 18,42%
2	Seguimiento de Indicaciones de Salud	5	* 13,16%
3	Alimentación fuera de horarios	3	* 7,89%
4	Guías Alimentarias	4	* 10,53%
5	Conductas alimentarias-sedentarias	3	* 7,89%
6	Alimentación deportiva	4	* 10,53%
7	Consumo alimentos innecesarios	2	* 5,26%
8	Alimentos de alto consumo	3	* 7,89%
9	Proceso de alimentación	3	* 7,89%
10	Posición al alimentarse	1	* 2,63%
11	Saciedad alimentos energéticos	3	* 7,89%
TOTAL		38	de las 11 dimensiones

Media ± s	Shapiro-Wilk			<P25	P25 – P75	>P75
	estad	gl	P			
11,52 ± 1,78	0,994	399	0,091	10.24 pts	10.25 – 12.55 pts	12.56 pts
Mín. = 7,24 Máx. = 16,87	CLASIFICACIÓN:			conducta y hábitos alimentarios Deficiente	Conducta y hábitos alimentarios Suficientes	Conducta y hábitos alimentarios Saludables

INTERPRETACIÓN:

	1	2	3	4	5
1.1 ¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
1.2 ¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre

1.3 ¿Lleva algún tipo de dieta Natural o con Medicamentos?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.4 Cuando intenta reducir peso ¿Lo comunica a los que lo rodean para que lo apoyen?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.5 Si come a deshoras ¿consume alimentos bajos en calorías (frutas, un vaso de agua, etc)?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.6 ¿Los lácteos que consume son descremados?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
1.7 ¿Consume alimentos evitando las frituras y grasas?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.1 ¿Sigue las recomendaciones de alimentarse en forma saludable?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.2 ¿Consulta con un@ Nutriolog@ para mantener su buena salud?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
2.3 ¿Sigue las recomendaciones alimentarias que le da el (la) Nutriólog@ en el consultorio?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
2.4 ¿Cuántos días por semana consume comida rápida (comida chatarra)?	5 No Come Comida Rápida	4 1 o 2 Días por Semana	X 3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
2.5 ¿Cuántas veces al día consume golosinas o snack (papas fritas, postres, etc)?	5 No Consume	4 1 al Día	3 2 al Día	X 2 3 al Día	1 4 o más al Día
3.1 ¿Consume alimentos entre las comidas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
3.2 Cuando está aburri@ ¿Le da hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 2 Casi Siempre	1 Siempre
3.3 Cuando tiene ansiedad o está baj@ de ánimo ¿Suele comer a deshoras?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 2 Casi Siempre	1 Siempre
4.1 ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres? (Frijoles, habas, lentejas, chicharos, garbanzos)	1 No Consume	X 2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
4.2 ¿Cuántas porciones de verdura consume al día?	1 No Consume	2 1 Porción	X 3 2 Porciones	4 3 Porciones	5 4 o más Porciones

4.3 ¿Cuántas frutas consume al día?	1 No Consume	2 1 Vez	X 3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
4.4 ¿Cuántas veces a la semana consume pescado?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	X 4 3 Veces	5 4 o más Veces
5.1 ¿Cuántas horas al día pasa sentad@ en alguna actividad?	5 Ninguna	4 Menos de 1 Hora	3 Entre 1 a 3 Horas	2 Entre 4 a 6 Horas	X 1 Entre 7 a 9 Horas
5.2 ¿Se sirve raciones pequeñas a la hora de comer?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
5.3 ¿Come solamente cuando tiene hambre?	1 Nunca	2 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
6.1 ¿Cada cuánto realiza actividad física (ejercicio) por semana?	5 No Realiza Actividad Física	X 4 1 o 2 Días por Semana	3 3 o 4 Días por Semana	2 5 o 6 Días por Semana	1 Todos los Días
6.2 ¿Cuántos vasos de agua consume al día?	5 No Consume	4 1 a 2 Vasos	3 3 a 4 Vasos	2 5 a 6 Vasos	X 1 7 o más Vasos
6.3 ¿Camina diariamente al menos 30 minutos?	5 Nunca	X 4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
6.4 ¿Come carnes grasas?	5 Nunca	4 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
7.1 Mientras come ¿Mira la televisión o lee?	5 Nunca	4 Casi Nunca	X 3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
7.2 ¿Consume Refrescos durante la semana?	X 5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	2 Casi Siempre	1 Siempre
8.1 ¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, rojas, pollo o pescado?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	4 3 Veces	X 5 4 o más Veces
8.2 ¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?	1 No Consume	2 1 Vez	X 3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces
8.3 ¿Cuánto pan consume al día?	1 No Consume	X 2 1 Pan	3 2 Panes	4 3 Panes	5 4 o más Panes
9.1 ¿Realiza las 4 comidas recomendadas al día (desayuno, almuerzo, comida, cena)?	5 Nunca	4	3	2	X 1 Siempre

		Casi Nunca	Con Alguna Frecuencia	Casi Siempre	
9.2 ¿Se sienta a comer con mucha hambre?	5 Nunca	4 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 2 Casi Siempre	1 Siempre
9.3 ¿Come despacio, en un tiempo razonable?	1 Nunca	X 2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	4 Casi Siempre	5 Siempre
10.1 ¿Come sentad@?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
11.1 ¿Deja de comer cuando está saciad@ (lleno)?	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Con Alguna Frecuencia	X 4 Casi Siempre	5 Siempre
11.2 ¿Cuántas veces a la semana consume cereales?	1 No Consume	2 1 Vez	3 2 Veces	X 4 3 Veces	5 4 o más Veces
11.3 ¿Cuántas veces a la semana consume pastas?	1 No Consume	2 1 Vez	X 3 2 Veces	4 3 Veces	5 4 o más Veces

Se obtuvieron 105 puntos crudos, se multiplico por 0.0887, arrojando un resultado de 9.31 puntos: **Conducta y Hábitos Alimentarios Deficientes**