



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

TESIS

**RELACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON SOBREPESO Y
OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ADSCRITOS A LA UMF1 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

PRESENTA:

Esteban Julián García Valdez

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

TUTOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Ags., Diciembre 2015

INVESTIGADORES

Investigador principal: Dra. Ana Hortensia López Ramírez.

Adscripción: UMF 1

Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 1.

Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP. 20270.

Teléfono: 9 13-90 22

Correo electrónico: draanahortensia@hotmail.com

Investigador Asociado (tesista): Esteban Julián García Valdez.

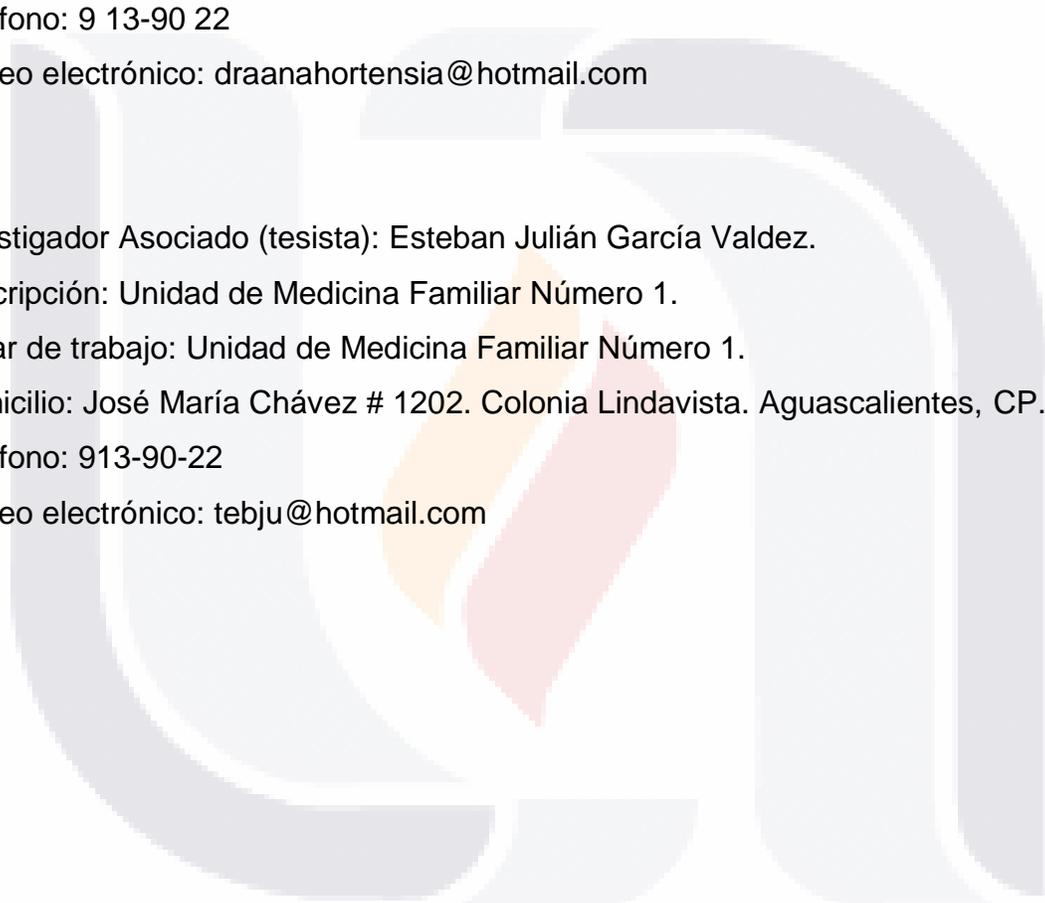
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 1.

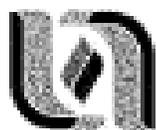
Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 1.

Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP. 20270

Teléfono: 913-90-22

Correo electrónico: tebj@hotmai.com





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS., DICIEMBRE 2015

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

Por medio de este conducto le informo que el Dr. Esteban Julián García Valdez, Médico Residente de Tercer Año de la Especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación nombrado:

***RELACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON SOBREPESO Y
OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ADSCRITOS A LA UMF1 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES***

Número de registro: R-2015-101-20 del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Médico Residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, enclosed in a hand-drawn oval.

Dra. Ana Hortensia López Ramírez
ASESOR DE TESIS



AGUASCALIENTES, AGS., DICIEMBRE 2015.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes:

Dr. Esteban Julián García Valdez

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación nombrado:

**"RELACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON SOBREPESO Y
OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ADSCRITOS A LA UMF1 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"**

Número de registro: R-2015-101-20 del Comité Local de Investigación No. 101.

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

El Dr. Esteban Julián García Valdez, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin más otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ESTEBAN JULIÁN GARCÍA VALDEZ
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:

"RELACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ADSCRITOS A LA UMF1 DEL 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., 13 de Enero de 2016.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. M^o. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación es producto del trabajo y esfuerzo no solo mío sino de mi familia, profesores y amigos de trabajo. Es por ello que quiero dar gracias primero a Dios que me ha dado la fuerza y permitido llegar a lograr una meta más en la vida.

De igual manera a mi familia nuclear, mi esposa Arianna, mis dos hijas Sarah y Mónica, que han estado conmigo en todo momento, tanto de alegría y felicidad, hasta momentos difíciles, para no dejarme rendir.

También agradezco a mis padres y hermanas que son quienes me inculcaron valores y principios, ellos me han apoyado siempre y gracias a ellos he logrado prepararme cada día más.

En estos últimos años mi asesora Dra. Ana Hortensia ha sido una fuente de inspiración y motivación para culminar este último trabajo, no me queda más que agradecerle.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mi esposa Arianna por su sacrificio y esfuerzo, por darme la oportunidad de realizar esta especialidad para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me ha brindado su comprensión y cariño.

A mis hijas Sarah y Mónica por ser fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más y luchar para tener un mejor futuro.

A mis padres y hermanas por su ayuda al cuidar de mis hijas cuando mi esposa y yo no pudimos, y alentarme a continuar superándome.

ÍNDICE GENERAL

INVESTIGADORES	2
AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIA	7
ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	6
I. RESUMEN	7
II. ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
III. MARCO TEÓRICO	10
III.A. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.	10
III. B TEORÍAS Y MODELOS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO	14
III.B.1 SOBREPESO Y OBESIDAD	14
III.B.2 FAMILIA Y FUNCIONALIDAD	22
III.B.3 SOBREPESO, OBESIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	36
IV. JUSTIFICACIÓN	41
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
V.A CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	42
V.B PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD EN INSTITUCIONES DE SALUD, EN UN ESTADO, MUNICIPIO, Ó DELEGACIÓN DE ESTUDIO.....	44
V.C DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	45
V.C.1 Nivel legislativo	45
V.C.2 Nivel político	47

V.C.3 Nivel operativo.....	49
V.D DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA	50
V.D DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA	51
V.E DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA)	52
V.F ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.	55
V.G ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.	55
V.H. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA (COMO SE HAN TRABAJADO Y PORQUE ES NECESARIA ESTA INVESTIGACIÓN)	56
V.I DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.	57
VII. OBJETIVOS.....	58
VI. A GENERAL:	58
VI.B ESPECÍFICOS:	58
VII. HIPÓTESIS DEL TRABAJO	61
VII.A Hipótesis alterna general:	61
VII.A.1 Hipótesis alternas específicas:	61
VII.B Hipótesis nula general:.....	63
VII.B.1 Hipótesis nulas específicas:.....	63
VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	66
VIII.A Diseño del estudio	66
VIII.B Población de estudio.....	66
VIII.B.1 Universo de trabajo.....	66
VIII.B.2 Unidad de análisis	66
VIII.B.3 Criterios de inclusión:.....	66
VIII.B.4 Criterios de no inclusión:	67

VIII.B.5 Criterios de eliminación:	67
VIII.C Muestreo	67
VIII.D Logística.....	68
VIII.E. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
VIII.E.1 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:.....	70
VIII.F. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
VIII. G. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	73
VIII.G.1. PROCESAMIENTO DE DATOS:	73
IX. RESULTADOS	74
X. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	86
XI. CONCLUSIONES	90
XII. GLOSARIO.....	91
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXO A.1. INSTRUMENTO (FICHA DE IDENTIFICACIÓN)	97
ANEXO A.2. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).....	98
ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	99
ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL	104
Sección II Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL	109
Ejemplo aplicación cuestionario FF- SIL.....	117
II.8. a Área afectada	118
ASPECTOS ÉTICOS.....	119
Recursos, Financiamiento y Factibilidad.....	120
Recursos humanos	120
Recursos tecnológicos y materiales.....	120
Presupuesto	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la edad, en pacientes adultos adscritos a la UMF No 1	74
Tabla 2. Características sociodemográficas relacionadas con los grados de obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF No 1	78
Tabla 3. Características sociodemográficas relacionadas con los grados de funcionalidad familiar en pacientes adultos adscritos a la UMF No 1	79
Tabla 4. Grado de funcionalidad familiar en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF No 1	80
Tabla 5. Área de mayor afectación de los pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF NO 1	81
Tabla 6. Análisis de correlación entre las dimensiones de funcionalidad familiar con el grado de obesidad de pacientes adultos adscritos a la UMF No 1	82
Tabla 7. Análisis de correlación entre las dimensiones de funcionalidad familiar de pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF No 1	83
Tabla 8.- Relación Entre la Funcionalidad Familiar y el Índice de Masa Corporal a través de Regresión Lineal.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Distribución de frecuencia de género.....	74
Gráfica 2 Escolaridad de los participantes	75
Gráfica 3. Estado civil de los participantes	76
Gráfica 4. Ocupación de los participantes.....	76
Gráfica 5. Tipología de sobrepeso y obesidad	77
Gráfica 6. Grado de funcionalidad familiar en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF No.1	81
Gráfica 7.- Relación entre Índice de Masa Corporal y Funcionalidad Familiar.....	85

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ECNT - Enfermedades crónicas no trasmisibles

ESF - Estudio de Salud Familiar

F.A.C.E.S - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

FAD - Family Assessment Device

FAM - The Family Assessment Measure

FES - Family Environment Scale

FFI - The Family Functioning Index

FFQ - The Family Functioning Questionnaire

HBT - Healthy Beginnings Trial

IMSS - Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI - Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISSSTE - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LSS - Ley del Seguro Social

MOS - Medical Outcomes Study

NOM - Norma Oficial Mexicana

OCDE - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

TGS - Teoría General de los Sistemas

UMF - Unidad de Medicina Familiar

I. RESUMEN

Relación del grado de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF no 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

Introducción: La familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y desarrollo de los individuos, sin embargo factores de estrés familiar como la disfunción podría llevar a trastornos de la alimentación, malos hábitos alimenticios y obesidad.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los grados de funcionalidad familiar con el sobrepeso y la obesidad.

Material y métodos: Es un estudio observacional, analítico, transversal. En él participaron 351 pacientes con sobrepeso u obesidad derechohabientes del IMSS y que acudieron a la UMF 1 de Aguascalientes.

Resultados: Se encontró una prevalencia de disfuncionalidad familiar menor al 7.0%; la prevalencia de sobrepeso fue de 42.7%, 36.8% obesidad en grado I, 13.7% obesidad grado II y el restante 6.8% presentó obesidad grado III. Los análisis de correlación entre las dimensiones de funcionalidad familiar con el grado de obesidad no fueron significativos. En un modelo de regresión lineal multivariado se encontró que por cada incremento en una unidad del cuestionario de funcionalidad familiar hubo una disminución en 0.10 puntos de IMC (valor de p 0.71)

Conclusión: No se encontró una relación entre la funcionalidad familiar y los diferentes grados de obesidad.

II. ABSTRACT

Relationship the degree of family functioning overweight and obesity in adult patients assigned to UMF 1 Aguascalientes Delegation of IMSS.

Introduction: The family plays a role for the survival and development of the individual role, though family stress factors such as dysfunction could lead to eating disorders, obesity and poor eating habits.

Aims: To determine the relationship between the degree of family functionality with overweight and obesity.

Methods: An observational, analytical, cross-sectional study. In 351 patients with overweight or obesity IMSS beneficiaries who attended the UMF 1 Aguascalientes.

Results: The prevalence of smaller family dysfunction was found in 7.0%; the prevalence of overweight was 42.7%, 36.8% obesity in grade I, grade II obesity 13.7% and the remaining 6.8% had grade III obesity. The correlation analysis between the dimensions of family functioning with the degree of obesity were not significant. A multivariate linear regression model found that for every one unit increase in family functioning questionnaire was a 0.10 point decrease in BMI (p-value 0.71)

Conclusion: A relationship between family functioning and the different degrees of obesity was not found.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el mundo pasa por un proceso llamado transición epidemiológica, esto junto con el desarrollo social y económico en México ha favorecido que las enfermedades infectocontagiosas queden en segundo plano y su lugar sea tomado por las enfermedades crónico-degenerativas; como el cáncer, la diabetes o la obesidad, las cuales se presentan como consecuencia del incremento en la esperanza de vida. De este modo, ha habido un cambio en la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen y que ocasionan obesidad, lo que ha dado lugar a una transición nutricional.

La familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y desarrollo de los individuos, sin embargo factores de estrés familiar como la disfunción podría llevar a trastornos de la alimentación, malos hábitos alimenticios y obesidad.

Hace casi 20 años la Organización Mundial de la Salud denominó a la obesidad como una epidemia, debido a que existían más de mil millones de adultos con sobrepeso y 300 millones con obesidad. Cifras más recientes indican que la magnitud es de 1700 millones de adultos con sobrepeso y 312 millones con obesidad. Según la norma oficial mexicana de 1998, “es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, factores ambientales y de estilo de vida, que conducen a un trastorno metabólico”. La obesidad per se es considerada una enfermedad y un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, dislipidemia, osteoartritis y algunas neoplasias como el cáncer de próstata, endometrio, colon y mama.

Debido a su magnitud y tendencia al crecimiento, y por el impacto que tiene en la esperanza y calidad de vida en la etapa productiva, además de considerarse un problema demográfico y socioeconómico con grandes costos a futuro, constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, por lo que requiere medidas que incidan sobre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos asociados.

III. MARCO TEÓRICO

III.A. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Posterior a una búsqueda sistematizada y exhaustiva en bases de información como OVID, MEDLINE, PUBMED, COCHRANE, BVS, SCIRUS, REDALYC, etc. Pocos fueron los estudios que se encuentran relacionando las variables de estudio sobrepeso, obesidad y funcionalidad familiar, sin embargo se encuentran varios los cuales relacionan la funcionalidad con otra entidad nosológica utilizando el mismo instrumento que el nuestro. Se presentan además estudios que asocian el sobrepeso y la obesidad en adolescentes y en niños con la funcionalidad familiar, lo cual consideramos un antecedente importante aunque nuestro estudio es en adultos, lo cual demuestra una falta de claridad en el estudio de la funcionalidad familiar en adultos con sobrepeso y obesidad.

Talamantes y Cols (2010); Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar; con el objetivo de identificar la asociación entre funcionalidad familiar y obesidad en niños de seis a nueve años de edad. El tipo de estudio fue analítico. Tomaron una muestra de 64 niños. Sus resultados fueron que la puntuación promedio de funcionalidad familiar fue de 80.8 ± 11.3 , sin diferencias entre los grupos. Las categorías “probablemente disfuncional” y “disfuncional” fueron más comunes en los niños con obesidad, sin diferencias significativas. Concluyeron que no se identificó asociación entre disfunción familiar y obesidad, pero hubo más familias disfuncionales y probablemente disfuncionales en los niños obesos.(1)

Rojas (2010); Influencia de la disfunción familiar y factores sociales en la prevalencia de obesidad/desnutrición; con el objetivo de identificar si existe influencia entre disfunción familiar y otros factores sociales en la prevalencia del sobrepeso/obesidad y/o desnutrición en niños de 2-4 años. El tipo de estudio fue observacional,

prospectivo, analítico, transversal; tomo una muestra de 154 madres de niños de 2 a 4 años de edad; se interrogaron características sociodemográficas diversas y se aplicó el APGAR familiar. Sus resultados fueron que de las familias: 6.5% fueron altamente disfuncionales, 31.8% moderadamente disfuncional, y 61.7% funcional; concluyeron que la disfunción familiar y el sobrepeso/obesidad mostraron asociación significativa. (2)

Montiel (2011); Funcionalidad familiar en pacientes con obesidad en el consultorio de nutrición de la clínica de medicina familiar Marina Nacional ISSSTE; con el objetivo de conocer la funcionalidad familiar en los pacientes con diagnóstico de obesidad. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; su muestra fue de 50 pacientes diagnosticados como obesos mayores de 18 años; su instrumento utilizado fue el test de funcionamiento familiar FF-SIL, sus resultados obtenidos fueron que la funcionalidad familiar en pacientes obesos, es predominantemente de tipo funcional (82% general), ya que solamente un porcentaje bajo (18%) de disfunción se presentó en las familias investigadas. Concluyó que la obesidad en si como padecimiento no es un factor de riesgo para alterar la funcionalidad familiar.(3)

Chapa (2011); Relación entre obesidad infantil y función familiar en niños escolares en la consulta externa de medicina familiar del HGZ con MF no. 1; con el objetivo de determinar la relación entre obesidad infantil y funcionalidad familiar en niños escolares que acuden a la consulta externa de medicina familiar del HGZ con MF No 1; el tipo de estudio fue observacional, prospectivo, transversal, analítico; su muestra fue de 330 niños. El instrumento utilizado fue el cuestionario APGAR a uno de los padres que acompañaba al escolar. Sus resultados fueron que la disfunción familiar en la población estudiada fue del 36.7%, con mayor frecuencia en los escolares de 9 años; y el 49.9% de los niños con obesidad presentaron disfunción familiar en un 67.8%. Concluyó que existe una correlación baja entre la obesidad infantil y la función familiar.(4)

Flores y cols (2012); Estructura y funcionalidad familiar en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en escolares zacatecanos; con el objetivo de determinar y comparar la influencia de la estructura y funcionalidad familiar en escolares con peso normal y aquellos con sobrepeso u obesidad de una escuela pública de la ciudad de Zacatecas. Tomaron una muestra de 129 niños, 43 casos y 86 controles, se aplicó un cuestionario a las madres para evaluar las características sociodemográficas, estructura y el test FF SIL para funcionalidad familiar; sus resultados fueron que el creciente deterioro del tejido social repercute de manera significativa en el estado nutricional de los niños, quienes tuvieron familias conflictivas fueron más propensos a desarrollar sobrepeso u obesidad.(5)

Fragoso (2013); Sobrepeso, obesidad y funcionalidad familiar en trabajadores de la UMF 75; con el objetivo de conocer la funcionalidad familiar en trabajadores de la UMF 75 del IMSS; el tipo de estudio fue observacional, prospectivo y transversal; con una muestra de 100 personas sin rangos de edad, utilizo el instrumento FF SIL; sus resultados fueron que en una familia funcional y disfuncional predomina el peso normal, mientras que en la familia moderadamente funcional predomina la obesidad grado I, y en la familia severamente funcional hay una relación similar tanto en peso normal como con sobrepeso. Concluyó que la familia respecto a su funcionabilidad tiene una carga muy significativa respecto al peso. (6)

Gándara (2014); Funcionalidad familiar en adolescentes con obesidad en la UMF no. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl, Estado de México; con el objetivo de determinar la asociación de la funcionalidad familiar y la obesidad en adolescentes, utilizando el instrumento Mac Master de funcionalidad familiar, efectuó un estudio transversal descriptivo, tomando una muestra 74 adolescentes con obesidad. Sus resultados fueron que la mayoría de los pacientes cursan con adecuada funcionalidad familiar independientemente del grado de obesidad. Concluyó que no existe asociación entre la funcionalidad y la obesidad. (7)

Reyes y cols (2001); Intento suicida y funcionamiento familiar, con el objetivo de caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida en un área de salud de la Habana Vieja. Fue un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso y control. La muestra conformada por 62 individuos y sus respectivas familias; se les aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Los resultados fueron que el funcionamiento familiar en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67,7 %), la baja cohesión (70,9 %), y la desarmonía (87,1 %). Concluyeron que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio.(8)

Carvajal y cols (2008); Relación entre cefalea tensional y disfunción familiar en una unidad de medicina familiar, con el objetivo de estimar si existe asociación entre cefalea tensional y disfunción familiar. El tipo de estudio fue analítico. Tomaron una muestra de 60 pacientes, utilizaron el cuestionario FF-SIL de funcionamiento familiar, encontrando que la cefalea tensional fue más frecuente en miembros de familias disfuncionales que en aquellos que provenían de familias funcionales. (9)

Hernández y cols (2012); Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011; con el objetivo de describir la funcionalidad familiar a conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior; tomaron una muestra de 100 estudiantes de entre 15 y 19 años de edad, utilizaron el instrumento AUDITC y la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL); sus resultados fueron que al aplicar la prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL, el 48% de las familias son moderadamente funcional, el 29% disfuncional, solo el 21% funcional y 2% severamente disfuncional. Concluyeron que la mayoría de las familias en este estudio son Moderadamente Funcional(10)

Contreras y cols (2013); Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México; con el objetivo de determinar la presencia del síndrome de Burnout y su relación con la funcionalidad familiar en el personal médico y de enfermería de un Centro de Especialidades Médicas, se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y analítico, se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory y el cuestionario FF-SIL. La muestra fue de 201 trabajadores. Los resultados obtenidos fueron que la relación entre el síndrome de Burnout y funcionalidad familiar fue estadísticamente significativa. Concluyeron que si existe relación entre el síndrome de Burnout y funcionalidad familiar del personal médico y de enfermería (11)

Suárez y cols (2015); Caracterización de la salud familiar en estudiantes de Medicina; con el objetivo de caracterizar la salud familiar en familias de estudiantes de Medicina. Investigación descriptiva transversal, con una muestra de 45 familias de estudiantes de Medicina. Fueron utilizadas las técnicas de observación y entrevista en la confección de la historia de salud familiar, y el test de percepción del funcionamiento familiar (FF SIL); los resultados obtenidos fueron que el 88,9 % del total son familias funcionales y el resto moderadamente funcionales. Prevalció el diagnóstico de familia funcional. No se diagnosticó disfuncionalidad.(12)

III. B TEORÍAS Y MODELOS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO

III.B.1 SOBREPESO Y OBESIDAD

De la obesidad se tienen registros desde la prehistoria, sin embargo la única forma de constatarlo proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua que tiene una antigüedad aproximada de 25.000 años.(13)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El análisis histórico tiene interés no sólo para poder valorar los aspectos sociales y culturales de la obesidad a través de la historia, sino también para poder conocer los esfuerzos de la medicina para comprender este fenómeno e intentar mejorarlo a través de diversas técnicas terapéuticas.(13)

La obesidad es una enfermedad compleja, y por ello difícil de definir. Su evidente relación con el consumo de alimentos determinó que durante mucho tiempo fuera vista como un trastorno de conducta, existiendo una gran controversia en considerar las múltiples alteraciones presentes en ella y establecer una enfermedad como tal.(14)

El ser humano durante el 95-99% del tiempo de su existencia en la Tierra ha vivido como cazador-recolector y ha debido resistir los frecuentes períodos de carencia de alimentos. Este hecho produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de aquellos “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia.(13)

Según la norma oficial mexicana para el manejo integral del sobrepeso y obesidad: la obesidad incluyendo el sobrepeso como estado pre-mórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica, principalmente; y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos. (15)

Por lo tanto es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, razón por la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI”. (16)

El concepto de la obesidad puede ser tan diverso dependiendo del enfoque con que se aborde. Su definición varía desde el concepto más claro y simple: alteración de la composición corporal caracterizada por un exceso de grasa; hasta la más compleja: desequilibrio entre el aporte y el gasto energético que es producido por una serie de alteraciones genéticas, bioquímicas, dietéticas y conductuales.(17)

Según la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). (18)

La definición de la OMS es la siguiente:

Sobrepeso: Un IMC igual o superior a 25

Obesidad: Un IMC igual o superior a 30 (18)

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de la Salud Pública en el mundo debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece.(18)

En los últimos decenios la occidentalización de las costumbres ha traído consigo entornos cada vez más obesigénicos cuyos efectos negativos para la salud son ostensibles. La obesidad es considerada el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. (19)

El exceso de peso corporal es un proceso gradual que se inicia generalmente en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su etiología, se involucran factores genéticos y ambientales que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad.(16)

En el mundo, prevalece un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como un descenso en la actividad física, como resultado del sedentarismo de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. La transición nutricional que experimentamos actualmente tiene como característica primordial, la “occidentalización” de la dieta, que se caracteriza por:

- 1) aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal;
- 2) aumento en el consumo de comida rápida;
- 3) disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos en casa;
- 4) aumento de forma importante a la exposición de publicidad y oferta de alimentos industrializados, y
- 5) disminución importante de la actividad física de la población.(18)

Diversas teorías sugieren que la obesidad y la resistencia a la insulina son producto de alteraciones en el proceso y almacenamiento de ácidos grasos y triglicéridos. Cuando existe un aumento de estos productos circulantes y el tejido adiposo no puede almacenar más, estas moléculas se dirigen al músculo y se acumulan ahí, lo que provoca una resistencia a la insulina de ese tejido. El tejido adiposo produce gran cantidad de péptidos de regulación y citosinas. Una de ellas es la adiponectina, que tiene efecto antiinflamatorio y sensibilizador a la acción de la insulina. Se ha señalado que la obesidad constituye un estado pro inflamatorio. Otra de ellas es la leptina (péptido asociado a la regulación de la sensación de saciedad), la cual se encuentra disminuida en la obesidad severa. El tejido adiposo visceral es metabólicamente muy activo, propicia incremento de la liberación de ácidos grasos libres. La distribución tipo androide de grasa corporal (denominada también

abdominal, de la parte superior del cuerpo, del tronco o central), es un factor estrictamente asociado con el fenómeno de resistencia a la insulina y diabetes 2. (19)

Hace unos 12.000 años algunos grupos humanos cambiaron el hábito cazador-recolector para iniciar la producción de alimentos. Este cambio requirió la domesticación de plantas y animales, un proceso en el cual los humanos actuaron como agentes de selección de los fenotipos domésticos. Esta transformación económica, conocida como revolución neolítica, puede ser considerada como el suceso más importante en la historia humana y el lejano antecedente de las sociedades modernas que favorecen la obesidad, ya que permitió el crecimiento de la población y la evolución hacia sociedades complejas y civilizadas.(13)

La obesidad tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida y las características del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. En este fenómeno, tiene un papel predominante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social.(17)

Aunque los factores genéticos probablemente establezcan el escenario de la obesidad; la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son los que determinan la magnitud del problema. Como consecuencia de la complejidad de los mecanismos que producen la obesidad y las múltiples patologías que exacerba, todos los modelos utilizados en el estudio y tratamiento de este padecimiento resultan limitados. Aunque surgen nuevas evidencias sobre la influencia genética y el desequilibrio neuroendocrino de la obesidad, es necesario considerar un modelo holístico en el que factores biológicos y psicosociales interactúen en forma compleja. De esta forma se esperarán mejores resultados en su comprensión, prevención y tratamiento de este importante problema de salud. (17)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En las interrogantes que suscita el tema de la obesidad se han estudiado tanto sus aspectos biológicos, antropológicos como psicológicos. La psicología ha abordado a la obesidad, tratando de caracterizar a la persona obesa desde diferentes posturas. Von Noorden (1900) apunta a la existencia de dos tipos de obesidad, una de tipo endógeno, en la que se presenta un metabolismo patológicamente disminuido; y otra de tipo exógeno, en donde se presenta un metabolismo normal, resultando aquí la obesidad como una diferencia entre el gasto energético y la comida ingerida. (20)

Las teorías psicológicas en torno a la obesidad surgen desde la distinción de una obesidad de tipo exógeno, en donde no hay alteraciones biológicas que son responsables del exceso de peso corporal, por lo que se busca dar una explicación del problema desde diversos enfoques psicológicos. (20)

Bruch en 1973 advierte sobre la imposibilidad de hablar de las dinámicas de un tipo de personalidad básica para todas las personas obesas, así como tampoco se puede asumir que todas las personas obesas presentan algún tipo de desorden emocional o patología de la personalidad. Formula que para muchos obesos su obesidad puede representar una función positiva, como un mecanismo compensatorio ante una vida frustrante y estresante, en donde podríamos ubicar las funciones del yo, como mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona.(21)

Los esfuerzos de Bruch por dividir a los pacientes obesos por grupos en función de su adaptación psicológica, la llevaron a formular la presencia de tres grupos principales. Uno, de personas competentes que son pesadas, en quienes su exceso de peso no se relaciona con un funcionamiento psicológico anormal. Los siguientes dos grupos de obesos se relacionan con problemas psicológicos; caracterizando al segundo de estos grupos por presentar obesidad del desarrollo, en donde su obesidad se ha presentado junto al desarrollo del individuo y aunado a ello muchos aspectos de la personalidad presentan problemas. El tercer grupo sería

representado por una obesidad reactiva, lo que significa que ésta se ha desarrollado como reacción a un evento traumático. En la obesidad reactiva la sobre ingesta y el exceso de grasa parecerían funcionar como un tipo de defensa contra la ansiedad o una reacción depresiva. Éste sería el tipo de patrón más común en personas maduras, quienes tenderían a un mayor consumo de alimentos cuando presentan preocupaciones, tensión emocional, sintiéndose menos competentes para controlar su consumo de comida. (22)

Desde el punto de vista psicoanalítico, la obesidad es un síntoma, el cual se forma como una reacción de compromiso ante un afecto que no es tolerado por el yo consciente de la persona. Esto nos llevaría a pensar que la obesidad de tipo exógeno constituye la parte manifiesta de un problema o conflicto psíquico, el cual no pudo ser resuelto ante fallas de los mecanismos de defensa. Estas fallas se deberán al desarrollo de un yo débil, carente de recursos adaptativos que resuelva el conflicto. Dado que la configuración de la estructura yoica se desarrolla durante los primeros años de vida de la persona, es importante analizar a la par sus relaciones con el desarrollo psicosexual.(22)

El desarrollo de la obesidad podría estar relacionado con experiencias de la etapa oral del desarrollo psicosexual, en donde las actividades de amamantamiento del infante, desde su nacimiento, tienen una función que rebasa lo nutricional, ya que apuntala a la boca como una zona de placer, erógena. De alguna forma, las sobre gratificaciones y las frustraciones dadas en esta primera etapa tienen un impacto en procesos internos de la persona. Estas frustraciones o sobre gratificaciones se asocian con las figuras de los padres y con la alimentación. Es por ello que se suele plantear que los adultos con fijaciones orales pueden volcarse hacia la comida de forma compulsiva, en un intento por recuperar el confort y seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho de la madre proveía un medio seguro. (22)

Autores como Braet, Bruch, Odgen y Roth hablan de la calidad de las relaciones familiares en las personas con obesidad, en donde se suelen observar la falta de límites claros y falta de autonomía entre los miembros de la familia; otras veces se reporta el uso familiar de la comida como un modo para expresar afecto, o para reforzar o mantener conductas en el seno de la familia. Otras veces se suele advertir de la falta de apoyo familiar cuando la persona obesa trata de bajar de peso, incluso interfiriendo con el tratamiento, lo cual es un indicador de las funciones de la obesidad y la sobre ingesta de comida en las relaciones establecidas dentro de la familia. (20)

Existen dos clasificaciones (23) importantes para determinar el grado de obesidad, la de la OMS:

Valores límites del IMC (Kg/M²)	
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso	25.0-29.9
Obesidad grado I	30.0- 34.9
Obesidad grado II	35.0-39.9
Obesidad grado III	>40

Y la de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (24):

Valores límites del IMC	
Peso insuficiente	<18.5
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25.0-26.9
Sobrepeso grado II	27.0-29.9
Obesidad de tipo I	30.0-34.9
Obesidad de tipo II	35.0-39.9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40.0-49.9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

Ambas son utilizadas para clasificar a los adultos en base a su IMC, en los niños se utilizan como criterios los valores específicos por edad y sexo de los percentiles 85 y 97 del IMC, respectivamente, empleando las tablas de Cole y cols.(23, 24)

La terapia actual sobre el sobrepeso y la obesidad han de tener como pilar fundamental la adopción de hábitos alimentarios saludables y la promoción del ejercicio físico, por lo tanto es necesario entender a la conducta alimentaria como un proceso cíclico e interactivo, en el cual los hábitos y la conducta nos llevan a desarrollar estrategias específicas de alimentación. Es una tarea de proyección en el tiempo en donde la toma de conciencia y el nivel de implicación de la familia constituyen aspectos cruciales para adoptar estilos de vida saludables.(25)

III.B.2 FAMILIA Y FUNCIONALIDAD

La familia existe en todas las sociedades, es el grupo social primario, todos tenemos o pertenecemos a una familia, en la cual aprendemos lo que somos, aprendemos a ser seres humanos, en familia se viven las emociones más intensas, los momentos más felices pero también los más tristes de la vida, se aprenden también hábitos y conductas asociadas a un estilo de vida, que puede o no ser saludable. (26)

Según su etimología, es una palabra derivada del latín “famulus” que significa sirviente o esclavo. La palabra familia era equivalente a patrimonio e incluía no solo a los parientes sino también a los sirvientes de la casa del amo. (27)

La Real Academia Española define el término familia como: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas//Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje//Conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común.(28)

La Organización Mundial de la Salud la define como: los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.(29)

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.(30)

En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales. (30)

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio; y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.(26, 30)

La familia es una institución que mantiene una interacción e influencia recíproca con la civilización que le da origen, ya que si bien sus características dependen de la civilización de que forma parte, se puede considerar que también las particularidades estructurales de la civilización dependen de la forma concreta como se estructuran y organizan las familias en una época y lugar determinado. (31)

Posee formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva. (32)

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras. (33)

De manera general se dice que la familia realiza sus funciones para cumplir dos grandes objetivos: uno interno para lograr la protección psicosocial de sus miembros, y otro externo para lograr la adaptación y transformación de la cultura; éstas funciones las ejerce, modifica y adapta según las exigencias del entorno. (26, 31)

La familia puede propiciar el adecuado desarrollo de sus integrantes y como consecuencia la salud, pero cuando no sucede, por el contrario, puede propiciar la enfermedad. (26)

La familia funcional, es aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. (31, 34)

Las funciones familiares son las responsabilidades fundamentales que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, con el objetivo de que todos alcancen su máximo desarrollo. Los problemas que se pueden suscitar son en relación a la capacidad que tienen para llevar a cabo las funciones básicas que la sociedad espera de ellas tales como:

Socialización: el individuo aprende de los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y sociedad.

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 físicas de los integrantes tales como: alimentación, vestido, seguridad física, servicios de salud, etc.

Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad, llevando a cabo la regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de: interacción sexual adulta, educación sexual y control de la natalidad.

Estatus y nivel socioeconómico: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad; permitiéndole a cada integrante asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas. (26, 35)

La importancia de conocer las características de una familia radica en el fenómeno que representa como fuente de salud o enfermedad. (33) Investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar y asociar la disfunción familiar al tener a un integrante enfermo.(32, 33)

Debemos considerar que la funcionalidad familiar no se entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser entendida claramente como un gran dinamismo. Es un error catalogar una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, creando la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. La familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y toma recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales.(30, 32, 36)

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. (30, 36)

Afrontar los factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de

disfunción propicia la posible participación de nosotros los médicos familiares en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción.(26, 30)

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial.

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF).(35)

Para el estudio de estos problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el ESF, entre los cuales pueden mencionarse los siguientes:

- Historia clínica (instrumento de trabajo clínico de todo médico).
- Genograma (instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico pacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia).
- Clasificación familiar (permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias).
- Ciclo vital familiar (favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias).
- APGAR familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Contiene cinco preguntas).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- FACES III (instrumento de auto aplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar. Contiene 20 preguntas).
 - Índice simplificado de pobreza familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias. Contiene cuatro preguntas).
 - Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas).
 - Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stewart AL de apoyo social (instrumento de auto aplicación que informa sobre el tamaño de la red social a través de cuatro dimensiones de apoyo. Contiene 20 preguntas).(34, 35)

La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda, considerando su grado de desarrollo a través de investigaciones empíricas así como la evaluación de su fiabilidad y validez tanto en el idioma original como en español; este análisis propicia la clara comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento. Los médicos familiares y el equipo de salud deben tomar en cuenta estas consideraciones cuando decidan aplicar otros instrumentos de este tipo.(35)

Teoría de los sistemas

En la década de los sesenta 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. Un cambio en una parte del sistema provoca un cambio en todos los demás elementos y en el sistema total. 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.(32, 37)

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 mencionará 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.(32)

Sistemas abiertos: cada sistema se encuentra inmerso en un sistema circundante, que viene a formar el supra sistema (sistema formado por otros sistemas); así como existe relación entre los elementos del sistema, también la existe entre los sistemas y supra sistema 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 supra sistema.(32)

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, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran; la familia juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación a medida en la que cumpla con sus funciones básicas.(37)

Modelo de funcionamiento familiar de McMaster

Modelo propuesto en 1962 por Nathan B. Epstein, Lawrence M. Baldwin y Duane S. Bishop, en este se aprecia una conceptualización de las familias clínicamente orientada, presenta un enfoque sistémico y apoya la idea de que ello es un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos; surge para describir las propiedades estructurales y organizacionales de la familia, así como los patrones de transacciones que distinguen entre familias saludables y no saludables.(38)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para evaluar a las familias se utiliza un instrumento llamado Family Assessment Device (FAD) (1983), ofrece una amplia variedad de dimensiones clínicamente significativas y consta de seis escalas, que son:

1. Resolución de problemas. Resolver situaciones que amenazan la integridad y capacidad funcional de la familia.

2. Comunicación. Intercambio de información entre los miembros de la familia.

3. Roles. Asignación de tareas de manera clara y equitativa y la realización responsable de las mismas.

4. Respuestas afectivas. Medida en la cual los miembros familiares individuales son capaces de experimentar el afecto apropiado dentro de un rango de estímulos.

5. Involucramiento afectivo. Medida en la cual los miembros familiares están interesados en actividades y preocupaciones mutuas, así como el valor que le otorgan a estas.

6. Control conductual. Evalúa la forma en que la familia expresa y mantiene los estándares de la conducta de sus miembros.(38)

El FAD es una prueba de tamizaje por lo que lo detectado con esta prueba deberá ser investigado más a detalle. Es una prueba de 40 reactivos aplicable a partir de los 12 años de edad; permite evaluar a la familia y clasificarla como funcional o disfuncional en cada una de las áreas que se evalúan en el mismo.(38)

Modelo estructural de terapia familiar

Se trata de un enfoque sistémico-estructural de la terapia familiar, el cual fue impulsado por Salvador Minuchin y sus colaboradores en 1967. El modelo centra su atención en el concepto normativo de familia sana y propone un desarrollo ideal para que la familia funcione de manera adecuada. Además, concibe diferentes subsistemas con funciones y jerarquía claras basadas en la competencia parental,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para decidir los asuntos relacionados con la familia, límites claramente trazados entre los subsistemas y fronteras flexibles. Este modelo considera la estructura psicológica del individuo como interdependiente de su estructura social y su medio a través del cual el individuo funciona y se expresa.(39, 40)

Debido a que la base de la socialización es la familia la terapia estructural se ha implementado primariamente en esta, sin embargo no se limita a la misma. En la porción eco-estructural del modelo se incluyen otros sistemas sociales como contribuyentes de la estructura de la conducta humana, así el trabajo en estos sistemas se usa para lograr un cambio. Minuchin afirma que el esquema conceptual del funcionamiento familiar que concibe a éste como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:(40)

1. Su estructura es la de un sistema sociocultural abierto.
2. La familia se desarrolla a través de ciertas etapas que exigen reestructuración.
3. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes.

La estructura familiar es el patrón repetitivo de interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones. Para Minuchin los sistemas funcionales se caracterizan tanto por la estabilidad como por el cambio. Las familias disfuncionales son aquellas que frente a las tensiones, incrementa la rigidez de sus pautas y límites transaccionales, evitando o resistiendo toda exploración de variantes.(40)

Modelo circumplejo

Desarrollado por Olson y sus colaboradores en el año 1978, a partir de tres conceptos como fundamentales del funcionamiento familiar: cohesión familiar, adaptabilidad y comunicación; es así como, estos investigadores, crearon Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales (F.A.C.E.S.)(41)

Olson y cols (1979), realizaron el estudio Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical

Applications donde obtuvieron que en el modelo circumplejo de funcionamiento familiar, las familias que se caracterizan por niveles de adaptación de flexibilidad, cohesión y la comunicación experimentan resultados más positivos ante crisis familiares como la presencia de cáncer en alguno de sus miembros.(42)

El Modelo Circumplejo Familiar y los instrumentos del F.A.C.E.S. son herramientas puestas a prueba para investigar el funcionamiento familiar en sus diferentes áreas; es decir, describir la dinámica familiar y marital.(41)

Sus dimensiones centrales se describen a continuación:

1. Cohesión. Lazo emocional existente entre los miembros de la familia. Existen cuatro niveles de cohesión: desarticulada o dispersa, separada, conectada y amalgamada o aglutinada.

2. Adaptabilidad. Habilidad de un sistema marital o familiar para modificar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus relaciones de reglas en respuesta a las presiones situacionales y del desarrollo; los cuatro niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

3. Comunicación. Dimensión facilitarte entre las otras dos dimensiones.

La combinación de las dimensiones anteriores permite identificar y describir 16 tipos de sistemas familiares y maritales. Estos tipos se agrupan en tres grupos básicos: cuatro tipos balanceados, cuatro tipos extremos y cuatro tipos semiextremos.(42)

Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel:

Instrumento de evaluación psicológica y familiar, desarrollado por la Dra. en psicología y terapeuta familiar Emma Espejel Aco en 1997, en conjunto con sus colaboradores; esta escala incluye algunas de las categorías de los Modelos Estructural, de McMaster y el Dinámico Estructural. Está conformado por 40 reactivos

que investigan nueve áreas del funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia:(43)

1. Roles: expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro de la misma.

2. Jerarquía: dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando.

3. Centralidad: se refiere al miembro de la familiar en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares.

4. Límites: fronteras entre generaciones.

5. Alianzas: asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.

6. Comunicación: intercambio de información y conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

7. Modos de control de conducta: patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de lo bueno y lo malo.

8. Afectos: manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar.

9. Psicopatología: cuando los conflictos no se resuelven.(43)

Los criterios de calificación incluyen la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia, la clase socioeconómica y cultural y la estructura familiar.(43)

Funcionalidad familiar instrumento FUNQUI

Instrumento mexicano para valorar la funcionalidad familiar desarrollado en 2010, por Quijada Fragoso y cols; tiene su fundamento en los instrumentos FAD (The Family Assessment Device), FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), SFI (The Self Report Family Inventory), FAM (The Family Assessment Measure), FES (Family Environment Scale), FFI (The Family Functioning Index),

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

APGAR, FFQ (The Family Functioning Questionnaire) y los instrumentos de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel Aco y de Joaquina Palomar.(44)

Consta de 29 ítems que valoran 10 áreas agrupadas en 3 esferas, el cual puede aplicarse en mayores de 10años, los componentes son:

Esfera biológica:

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.(44)

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.(44)

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 placer, 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.(44)

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.(44)

Esfera psicológica conformada por las siguientes áreas:

5. Límites. Reglas que definen quiénes y cómo 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.(44)

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

7. 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.(44)

8. Afecto. 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.(44)

Esfera social conformada por las siguientes áreas:

9. 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.(44)

10. 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.(44)

Funcionalidad con la prueba de percepción familiar FF-SIL

Como se menciona anteriormente, a partir de los años sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamenta en la denominada teoría general de los sistemas, esta considera al sistema, como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, y su función es más, que la simple suma de ellos. Así entonces, en esta interacción dinámica, lo que le acontece a uno, afecta al otro y al grupo. (32)

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través del cumplimiento de las funciones básicas y la dinámica de las relaciones internas. La evaluación del funcionamiento familiar puede realizarse con cada uno de estos aspectos por

separado o en forma integrada. La dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL, es un instrumento sencillo, y de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad. Las categorías de la dinámica de las relaciones internas que se evalúan mediante su aplicación son: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.(45)

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, en donde se valora un total de 14 cuestionamientos familiares, correspondiéndoles un valor de 2 a cada una de las siete variables que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que ésta a su vez tiene una escala de puntos, la aplicación del instrumento mostrará el grado de disfuncionalidad y se podrá identificar el área afectada.(45)

a) Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

b) Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

c) Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

d) Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

e) Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

f) Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

g) Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones. (45)

III.B.3 SOBREPESO, OBESIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Los datos obtenidos en las investigaciones apoyan la idea de que la familia desempeña un importante papel en la salud y en la enfermedad de sus miembros.(26)

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que funcione bien o mal como unidad según las circunstancias.(26)

La familia es un sistema y las personas sus subsistemas. Cuando la familia presenta problemas, al igual que una persona, el padecimiento no es solo alteración de uno de sus componentes, sino el resultado en la alteración del orden armonioso y jerárquico del sistema como totalidad, esto es todos sus componentes se ven afectados.(26)

Toda enfermedad, sobre todo las crónicas, pueden amenazar el curso del ciclo evolutivo y la dinámica de la familia. Cuando una alteración orgánica o emocional aparece en un individuo, su respuesta conductual se modifica negativamente, y se identifican algunas características psicológicas como: Inhibición, baja autoestima, carácter alterado, deseo sexual disminuido y alta somatización de su enfermedad.(26, 31)

Las reacciones negativas asociadas con más frecuencia a la enfermedad son: la negación, la pasividad, el aislamiento, la culpa, la desesperanza y el miedo. El impacto del padecimiento no es sólo en los pacientes, sino también en las interrelaciones familiares e inclusive, se habla de un alto costo social que determina su repercusión multifactorial. (26)

El equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella; es denominado como homeostasis familiar, la cual opera por medio de mecanismos automáticos e

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

involuntarios. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto, de esta manera surge el denominado paciente identificado (enfermo, malo, culpable, etc.) la familia determina que es éste el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar; es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma. (21)

Ante un diagnóstico como sobrepeso u obesidad, que se convierte por lo general en crónico y que exigen modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles, con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. (26, 31, 32)

La detección de sobrepeso u obesidad sitúa al sistema familiar ante un entorno que conlleva a la carga emocional de una enfermedad que puede ser difícil de tratar; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, dietético, actividades físicas, con las dificultades de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema familiar. (26, 31)

La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea. Posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo, y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.(26)

El funcionamiento familiar es el factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Con base en que cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por las que atraviesa. (26, 31, 32)

El conflicto no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos se puede presentar al médico familiar como depresión en un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los padres o en los niños, problemas de conducta o un trastorno de simulación en los adolescentes.(26)

En las familias funcionales existe la suficiente flexibilidad para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se pueden conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en las disfuncionales, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando la crisis amenaza romper el equilibrio.(31, 32)

El paciente con sobrepeso u obeso según algunos autores es psicósomático con el fin de suscitar la atención y la protección de la familia. Los miembros de la familia serían atrapados en una manera inflexible de interactuar unos con otros y tener dificultades para resolver conflictos. En este modelo, la familia es tan responsable como la persona para la obesidad porque la familia es donde se produce el desarrollo de base y la comprensión de la sociedad. Es posible, que las familias con reglas poco claras y mal establecidas, en las que los adolescentes toman muchas decisiones por falta de liderazgo de los progenitores y estén poco cohesionadas, se puedan favorecer actitudes erróneas hacia la comida que pueden ocasionar obesidad. (46)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Algunos piensan que la obesidad puede ser la expresión de una disfunción familiar, entendiendo como tal, la incapacidad de la familia para poder responder a situaciones estresantes. (32, 46)

El paciente con sobrepeso u obesidad y su familia como un todo, debe resolver su problema y no depositar el problema únicamente en el miembro enfermo, por medio de quien emerge la enfermedad familiar.(26)

Es por ello que un evento inesperado llevara al paciente a una crisis accidental o paranormativa la cual puede afectar a una persona y/o familia, produciendo un cambio en la funcionalidad familiar, desequilibrio y la sensación de falla o incompetencia. (26)

Una característica importante de las crisis accidentales en los pacientes con sobrepeso u obesidad, es que pueden ser transitorias o continuas, siendo las continuas las que por ser permanentes, provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa a la familia. De esta forma el paciente no asume sólo su problema y no se hace cargo de la enfermedad familiar o de los aspectos no sanos de una familia. La ansiedad se distribuye entre todos los miembros de la familia, al enfocarse el tratamiento desde el grupo familiar. Este es sin duda, el mejor apoyo que puede darle la familia como contención a quien tiene sobrepeso u obesidad.(26)

Hay que considerar que las crisis son parte de la vida y el conflicto puede ser corto o duradero dependiendo de la toma de decisiones para actuar y la reacción de la persona y/o familia para resolver el conflicto. (26, 32) Es decir un paciente con sobrepeso u obesidad enfrenta una crisis accidental de tipo continuo, que es un evento que produce tensión, afecta a todos los integrantes de la familia y a la familia como un todo.

Existen gran cantidad de instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, estos nos ayudan en la clínica y en la investigación, sin embargo es necesario entender que no sustituyen a la entrevista familiar.(36)

La impresión clínica del grado de funcionalidad familiar apoyado por los instrumentos en forma cuantitativa son un adecuado recurso para los médicos, ya que se pueden hacer pronósticos en cuanto a la recuperación de los problemas encontrados al saber si la familia es funcional o disfuncional, y el seguimiento de los mismos.(26)

Los intentos para medir y describir a la familia son en cierta forma empíricos, ya que la medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman y solo algunos autores han logrado estudiar este funcionamiento considerándolo como un proceso multifactorial compuesto por comportamientos diferentes y estilos de vida familiares con un funcionamiento específico.(31)

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, no han permitido presentar estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de la familias con las técnicas y estrategias de investigación. (31)

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad entre sus miembros, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.(26)

IV. JUSTIFICACIÓN

La salud es la base del bienestar social. Actualmente la obesidad es considerada una epidemia, la cual está afectando a México seriamente, incluso más que a la mayoría de los otros países. México es el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con más población obesa, después de Estados Unidos, tres de cada diez personas son obesas, y casi siete de cada diez tienen sobrepeso. Pero lo más alarmante es que un niño de cada tres tiene sobrepeso u obesidad, teniendo el primer lugar en obesidad infantil. (47, 48) La familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y desarrollo de los individuos, sin embargo factores de estrés familiar como la desintegración puede llevar a trastornos de la alimentación, malos hábitos alimenticios y obesidad. Algunas teorías del desarrollo sostienen que la obesidad comienza en la infancia donde la comida se utiliza para reducir el estrés. En un hogar caótico el consumo de alimentos se convierte en un medio de supervivencia emocional, que da lugar a patrones alterados de comer durante toda la vida, con el consecuente sobrepeso u obesidad.(49) La multiplicación de la obesidad en México está ocasionando un gasto exagerado en su atención y sus complicaciones; un paciente con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud y gana 18% menos que un individuo sano, además de mayor ausentismo laboral, provocando por lo tanto crisis intrafamiliares, y probablemente influyendo directamente en el funcionamiento familiar.(47) Es interesante saber el grado de funcionalidad familiar en cada uno de estos pacientes, y entonces obtener información clara para mejorar el tratamiento y abordarlo como un todo, identificar crisis familiares en donde incidir y no depositarlo únicamente en este integrante, por el que surge la enfermedad familiar. Toda la familia debe asumir el problema como propio y apoyar un manejo en conjunto y en su caso individual, se debe integrar la problemática del enfermo y de esta forma entonces estaremos previniendo estados crónicos y complicaciones.(32, 33) Conociendo la funcionalidad en cada uno de nuestros pacientes, el impacto que tendremos abordándolo como un todo, será una mejor atención al paciente, pudiendo incidir en sus hábitos de

alimentación y ejercicio, con la consiguiente disminución de riesgos de presentar enfermedades emergentes a la obesidad, por lo tanto un menor número de referencias a segundo nivel, menor consumo de fármacos, mejores relaciones familiares y menor ausentismo laboral en aquellos que son trabajadores, además de elevar su calidad y años de vida saludables.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

V.A CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

México cuenta con una población total de 112 336,538 habitantes, de los cuales 54 855,231 (48.83%) son hombres y 57 481,307 (51.15%) son mujeres.

A nivel Estatal, según las cifras que arrojó el II Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010, el estado de Aguascalientes contaba hasta entonces con un total de 1 184 966 habitantes, de dicha cantidad, 576 638 eran hombres y 603 358 eran mujeres. La tasa de crecimiento anual para la entidad durante el período 2005-2010 fue del 2,2%. El incremento observado durante la década equivale a los residentes actuales de los municipios de Jesús María, Calvillo, Rincón de Romos, Pabellón de Arteaga, San Francisco de los Romo y Cosío, considerados de manera conjunta. (50)

Durante la década pasada y los cinco primeros años de la presente se incorporaron a la sociedad aguascalentense 22,045 personas en promedio cada año, entre recién nacidos e inmigrantes y habiendo descontado a los fallecidos y a los emigrantes.(50)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aguascalientes cuenta con una población de derechohabientes al IMSS de 530 445, que corresponde a más del 50% del total de la población derechohabiente a los servicios de salud en general del Estado, el 52.38% son mujeres, y el 47.62% son hombres. El IMSS cuenta con 14 unidades médicas, con un total de 1069 médicos adscritos, según cifras del INEGI, en 2014.(51)

En la UMF no 1 hay un total de población de 130,868 derechohabientes de los cuales 78,734 son adultos y el resto son menores. Se tiene una población de 3960 pacientes con sobrepeso y obesidad registrados en un año según el censo de la unidad, atendándose en promedio 11 pacientes obesos por día.

La OMS calcula que para este año 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso. De acuerdo con proyecciones de la OCDE se estima que más de dos de tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020.(16)

En cuanto a los hogares, a nivel nacional se cuenta con 28 159,000 hogares. En Aguascalientes existen 289,385 hogares dentro de los cuales prevalecen los de tipo familiar (nucleares, ampliados, compuestos) con 265,506 hogares (91.8%) que agrupan una población de 1 151,869 habitantes; los de tipo no familiar (unipersonales, de corresidentes) son 23,879 hogares (8.2%) y constituyen 25,805 personas. De cada 100 hogares 77 son llevados con jefatura masculina y 23 con femenina. (51)

V.B PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD EN INSTITUCIONES DE SALUD, EN UN ESTADO, MUNICIPIO, Ó DELEGACIÓN DE ESTUDIO.

Los cambios sociales y económicos que están ocurriendo en nuestro país y que son causa y consecuencia de la transición demográfica que repercute en la morbimortalidad de los individuos en lo singular y en la conformación de las familias en lo plural, repercuten en la forma en que se presenta el proceso de salud-enfermedad, el cual solo tiene atención en el momento de enfermedad, situación que es prioritaria para los sistemas de salud en México.(52)

Las instituciones de salud en nuestro país están caminando hacia la resolución de los problemas de salud, fundamentando sus sistemas de atención en el médico familiar, en el primer nivel de atención, por lo que la preparación de dichos especialistas será una de las prioridades en el mediano plazo para nuestro país, sin embargo esta situación aún está en proceso.(47, 52)

No existen datos sobre consultas otorgadas por alteraciones en la salud familiar; 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.(52)

En la búsqueda de información no se ha encontrado información con la prevalencia, incidencia, tasas de morbilidad o mortalidad que se relacione y ubique a la funcionalidad familiar a ningún nivel. La funcionalidad familiar adquiere importancia en el sobrepeso y obesidad ya que esta es una respuesta específica a dificultades del desarrollo o conflictos psíquicos subyacentes, interacciones entre los miembros familiares que no tienen nada de específicas y pueden dar manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas. Es por ello la importancia de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar con el sobrepeso y obesidad de

pacientes adultos; no se debe entender al problema de sobrepeso y obesidad como individual sino como una forma de funcionamiento familiar en donde la familia tiene un peso importante por su etiología y su posterior tratamiento. Como es de notar definir el panorama de funcionalidad familiar es difícil debido a la falta de información, no obstante a su relación con el sobrepeso y obesidad se hace mención de la información encontrada de ellos.

El acceso a los servicios de salud en Aguascalientes, es menor que el acceso a una seguridad social, aun así, es más importante contar con una seguridad social, ya que para el problema de sobrepeso y obesidad, este servicio es fundamental por las prestaciones sociales con las que se cuentan, como los programas integrales de prevención de la obesidad.

En relación al problema de sobrepeso y obesidad para las localidades urbanas, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en Aguascalientes fue de 34.7%, de los cuales el 31.5% corresponde a hombres y 37.5% a mujeres. En comparación con el 22% reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 26.9% hombres y 17.5% mujeres. A nivel nacional Aguascalientes ocupa el primer lugar en sobrepeso en hombres, el noveno lugar en mujeres. En cuanto a obesidad tanto hombres como mujeres ocupan el lugar 26.(53)

V.C DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

V.C.1 Nivel legislativo

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo cuarto, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.(54)

En Aguascalientes, el Sistema Estatal de Salud es coordinado por el Gobernador del Estado a través del Secretario y Director del Instituto de Servicios de Salud y se

integra por Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Petróleos Mexicanos, Medicina Privada y el Instituto de servicios de Salud que incluye la población abierta y la población adscrita al Régimen de Protección Social en Salud (Seguro Popular).(53)

Este Sistema está estructurado por tres niveles de atención médica, el primero es el de menor complejidad, en donde se atiende aproximadamente al 85% de los padecimientos; el segundo, de mediana complejidad, presta servicios al 12% de éstos; y finalmente el tercer nivel o de alta especialidad, atiende sólo el 3% de los casos de enfermedad. Es prioritario establecer la Estrategia de Atención Primaria de Salud, que incluye servicios de atención médica de primer nivel con énfasis en medidas preventivas y otros servicios básicos para el bienestar de la población, como son aprovisionamiento de agua potable, alcantarillado, luz eléctrica, espacios de recreación, regulación sanitaria, etc. (50)

En la Ley del IMSS, el artículo 2 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.(55)

La Ley del Seguro Social (LSS) en su Artículo 210 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; en el artículo 240 refiere “todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros”; finalmente, dentro del Artículo 251 especifica que: el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones para administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida,

guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley.(56)

V.C.2 Nivel político

El Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) considera que la tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país. El desarrollo no es deber de un solo actor, ni siquiera de uno tan central como lo es el Estado. El crecimiento y el desarrollo surgen de abajo hacia arriba, cuando cada persona, cada empresa y cada actor de nuestra sociedad son capaces de lograr su mayor contribución. (57)

Para lograr lo anterior, se establecen como Metas Nacionales:

- 1.- Un México en Paz que garantice el avance de la democracia, la gobernabilidad y la seguridad de su población.
- 2.- Un México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.
- 3.- Un México con Educación de Calidad para garantizar un desarrollo integral de todos los mexicanos y así contar con un capital humano preparado, que sea fuente de innovación y lleve a todos los estudiantes a su mayor potencial humano.
- 4.- Un México Próspero que promueva el crecimiento sostenido de la productividad en un clima de estabilidad económica y mediante la generación de igualdad de oportunidades
- 5.- Un México con Responsabilidad Global que sea una fuerza positiva y propositiva en el mundo, una nación al servicio de las mejores causas de la humanidad.(57)

Asimismo, se presentan Estrategias Transversales:

- 1.- Democratizar la Productividad lo cual significa que las oportunidades y el desarrollo lleguen a todas las regiones, a todos los sectores y a todos los grupos de la población.
- 2.- Gobierno Cercano y Moderno mediante el cual las políticas y acciones del gobierno inciden directamente en la calidad de vida de las personas, por lo que es imperativo contar con un gobierno eficiente, con mecanismos de evaluación que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios.
- 3.- Perspectiva de Género para garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre hombres y mujeres. (57)

Plan de acción:

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales y a las tres estrategias transversales:

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.(57)

El Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. Una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental.(57)

V.C.3 Nivel operativo

El sistema de salud de México, está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, y otros que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de los que se incluyen el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el Programa IMSS Oportunidades. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

Guía Clínica de Orientación y Psicoterapia Familiar, fue creada en el 2011 con el propósito de que los profesionales del Instituto Nacional de Rehabilitación pudieran derivar pacientes a terapia familiar; sin embargo esta guía también es de utilidad para los médicos familiares debido a que describe el manejo de los cuestionarios McMaster y Emma Espejel, ambos adecuados para valorar la funcionalidad familiar, aunque cada uno valora aspectos diferentes de la familia.(58)

Dentro de las normas en que nos regimos como médicos, dentro del catálogo maestro de guías de práctica clínica a partir del Programa de Acción Específica que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, se encuentra la guía clínica

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad en el adulto. (IMSS-46-08). (59)

La NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, que establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias.(60)

La NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, que establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad. (15)

En nuestro instituto el IMSS, se ha diseñado e implementado el programa PREVENIMSS, en el cual se realizan acciones de tipo preventivo con la finalidad de mejorar la salud de los derechohabientes. El programa de estrategias SODHI (sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión) que tiene el objetivo de cambiar los hábitos alimenticios poco saludables, evitar el sedentarismo y futuras complicaciones.

Con fundamento en los estudios analizados se observó que no existen conocimientos disponibles sobre métodos, normas o guías para valoración de la funcionalidad familiar, se realizaron estrategias de búsqueda avanzadas en bases de datos como OVID, MEDLINE, PUBMED, COCHRANE, BVS, SCIRUS, REDALYC, etc., con las siguientes palabras clave: funcionalidad familiar, funcionamiento familiar, family functioning, family functionality, family operation, familiar functionality, familiar function, obteniendo los resultados mencionados.

V.D DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

En el cuidado del paciente en primer nivel de atención con sobrepeso y obesidad se debe conocer la dinámica familiar, no existe información idónea en la literatura sobre el grado de funcionalidad familiar en pacientes con sobrepeso y obesidad, ya

que tal información se centra en identificar la funcionalidad como factor de riesgo para obesidad sumado a otros factores como sociales, genéticos, psicológicos, entre otros. Estudios en relación a funcionalidad familiar, sobrepeso y obesidad, de tipo descriptivo relatan que la funcionalidad familiar, no se encuentra alterada, no obstante en otros de tipo analítico se ha descubierto que quienes tienen familias disfuncionales son más propensos a desarrollar sobrepeso y obesidad, infiriendo que existe una asociación significativa; así mismo en estudios analíticos de funcionalidad familiar y otros padecimientos, se ha hallado que la disfunción familiar está vinculada a intento suicida, cefalea tensional y el Síndrome de Burnout.

En los estudios analizados se aprecia que la funcionalidad familiar se afecta (positiva o negativamente) cuando uno de sus miembros padece sobrepeso u obesidad, sin embargo no existe conformidad sobre la afectación de la funcionalidad familiar, motivo por el cual se desea desarrollar este estudio.

V.D DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

No existen datos sobre consultas otorgadas por alteraciones en la salud familiar; 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, los cuales son aspectos importantes que repercuten en ciertas patologías individuales que conforman la transformación social y familiar de nuestro país.(52)

El sobrepeso u obesidad presente en un determinado individuo, puede ocasionar discapacidad física individual, pero también puede afectar la funcionalidad de una familia, esta enfermedad se está presentando desde etapas muy tempranas de la vida, afectando a ambos sexos, sin embargo aún no se ha establecido claramente qué relación tiene el sobrepeso u obesidad con el grado de funcionalidad familia.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida, entre 6 y 20 años. Existe evidencia de que las personas con obesidad grave mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal. Se estima que cada 15 kilogramos extra aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente en 30 %.(16)

En un análisis epidemiológico en México se reveló que las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 75 % del total de las muertes y 68 % de los años de vida potencialmente perdidos.(16)

De acuerdo a la OMS, al menos 2.8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal.(19) Como ya se ha mencionado México tiene serios problemas en cuanto a sobrepeso y obesidad, por lo que aún existen muchas acciones por implementar para conseguir un tratamiento integral y multidisciplinario en estos pacientes.

V.E DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA)

La funcionalidad familiar es un elemento fundamental para la predicción de la respuesta de la familia hacia una enfermedad, sobre todo ante enfermedades crónicas como la obesidad, la que en determinado momento puede llegar a ser incapacitante, condicionando cambios y transiciones normales en el ciclo vital familiar. (32) En algunos problemas como la obesidad, la necesidad de cohesión suele ser permanente, llevando a la familia a presentar crisis accidentales; involucrando también las variables de adaptabilidad, armonía, comunicación, roles y afectividad. (26, 45)

La familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas, cuando ocurre la crisis paranormativa, es importante la temporalidad la cual puede ser continua o transitoria, por lo tanto en pacientes de enfermedades crónicas estas se vuelven de carácter permanente dificultando la adaptabilidad de la familia, afectando no solo al enfermo sino a cada uno de los integrantes y a la familia como sistema y grupo. (26, 32)

La obesidad, uno de los problemas más grandes que enfrenta el país, afecta a tres de cada diez personas, y casi siete de cada diez tienen sobrepeso; en la población infantil es aún más alarmante, un niño de cada tres tiene sobrepeso o es obeso.(47, 61)

La OMS calcula que para este año 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. De acuerdo con proyecciones de la OCDE, se estima que más de dos de tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020. (19)

México y Estados Unidos, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %). En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia a lo largo del tiempo. (19)

Sobrepeso y obesidad, incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), la mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida. Se estima que el 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Otras ECNT relacionadas con la obesidad son la hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad coronaria, apnea del sueño, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y algunos cánceres (mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otros). (18)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida, entre 6 y 20 años. Existe evidencia de que las personas con obesidad grave mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal, al igual que los fumadores. Se estima que cada 15 kilogramos extra aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente en 30 %.(16)

En un análisis epidemiológico en México se reveló que las ECNT causaron 75 % del total de las muertes y 68 % de los años de vida potencialmente perdidos. (19)

Se estima que la obesidad es responsable del 1 al 3 % del total de los gastos de atención médica en la mayoría de los países (5 a 10 % en Estados Unidos de Norteamérica) y que los costos aumentarán rápidamente en los próximos años debido a las enfermedades relacionadas con la obesidad. (19)

La diabetes es la consecuencia más común y directa de la obesidad; y en México, el 11% de la población mexicana de 20 a 79 años tiene diabetes, uno de los índices más elevados de la OCDE. (23)

En México, se estima que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso, tiene un costo anual aproximado de 3 mil 500 millones de dólares. El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad se incrementó en un 61 % en el periodo 2000-2008, al pasar de 26 283 millones de pesos a por lo menos 42 246 millones de pesos. Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77 919 millones de pesos. El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9 146 millones de pesos en el 2000 a 25 099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51 %, por lo que se estima que en el año 2017, el costo total ascienda a 150 860 millones de pesos. (19, 21)

V.F ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

La dinámica familiar y su adecuada funcionalidad tienen gran impacto en los integrantes de la familia para adquirir conductas alimentarias, sociales, psicológicas, etc. Las alteraciones en la comunicación, la rebeldía o no aceptación de los roles, el aislamiento o afectos negativos, el género, el tipo de familia, la ausencia de algún integrante de la familia influyen directamente en su funcionalidad.(32)

Los factores relacionados con la sociedad en que la información transmitida por los medios de comunicación, los compañeros de clase, la cultura, la religión pueden ser de influencia importante para afectar la dinámica de una familia ya sea de forma negativa o positiva. (30)

La funcionalidad familiar, tiene importancia en la obesidad ya que esta es una respuesta específica a dificultades del desarrollo o conflictos psíquicos subyacentes, interacciones entre los miembros familiares que no tienen nada de específicas y pueden dar manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas. El concepto de obesidad se debe entender no como un problema individual sino como una forma de funcionamiento en donde la familia tiene un peso importante por su etiología y su posterior tratamiento. (32)

V.G ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

Existen investigaciones sobre la funcionalidad familiar y los factores asociados a comorbilidad con patologías crónicas, pero no en relación al grado de funcionalidad familiar con sobrepeso u obesidad, si bien se ha estudiado el subsistema familiar de estos pacientes, en que en algunos casos representan la presencia de una crisis

para normativa en la familia, pues demandan un apoyo por parte de la misma, lo cual sumado a diversos factores, tendrá repercusiones importantes en la dinámica familiar. El campo hasta aquí del conocimiento es pobre y poco claro, por lo que este estudio es de importancia para determinar la relación existente del grado de funcionalidad con el sobrepeso u obesidad.

Con fundamento en los estudios analizados se observó que existe discrepancia en cuanto a la información presentada y la determinación de funcionalidad o disfuncionalidad en pacientes obesos.

V.H. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA (COMO SE HAN TRABAJADO Y PORQUE ES NECESARIA ESTA INVESTIGACIÓN)

Montiel (2011) en México aplico del test de funcionamiento Familiar FF-SIL para describir la funcionalidad familiar en pacientes obesos, encontrando que es predominantemente de tipo funcional (82% general), ya que solamente un porcentaje bajo (18%) de disfunción se presentó en las familias investigadas, la obesidad en si como padecimiento no es un factor de riesgo para alterar la funcionalidad familiar.(3)

Flores (2012), en México, Zacatecas; aplicaron el test FF SIL con la finalidad de asociar los factores de riesgo para desarrollar sobrepeso u obesidad con la funcionalidad familiar, encontrando que el creciente deterioro del tejido social repercute de manera significativa en el estado nutricional de los niños, los resultados indican que quienes tuvieron familias conflictivas fueron más propensos a desarrollar sobrepeso u obesidad.(5)

Fragoso (2013), en México, Toluca, utilizo el instrumento FF SIL para describir que en una familia funcional y disfuncional predomina el peso normal, mientras que

en la familia moderadamente funcional predomina la obesidad grado I, y en la familia severamente funcional es similar tanto en peso normal como con sobrepeso. (6)

Como podemos observar, no existe concordancia entre los diferentes estudios que se han realizado en las diferentes regiones, acerca del grado de funcionamiento familiar en específico que se relacione directamente con el sobrepeso y la obesidad, por consecuencia el interés en la realización de este estudio.

V.I DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Terminada la realización de este protocolo, mediante la aplicación del test de percepción de la funcionalidad familiar FF SIL, obtendremos información precisa sobre el grado de funcionamiento familiar de los pacientes adultos con sobrepeso y los diferentes grados de obesidad, logrando a su vez realizar un análisis cuantitativo de las respuestas a los ítems de la prueba, e identificar con más detalles las áreas problema del funcionamiento familiar, con lo que podremos informar a las autoridades de nuestra unidad los resultados, para que se tomen medidas de prevención y/o intervención cuando se requiera según el caso, así mismo incitando a un mayor estudio en estas áreas.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación del grado de funcionalidad familiar con el sobrepeso y obesidad de los pacientes adultos adscritos a la UMF 1 de la delegación Aguascalientes?

VII. OBJETIVOS

VI. A GENERAL:

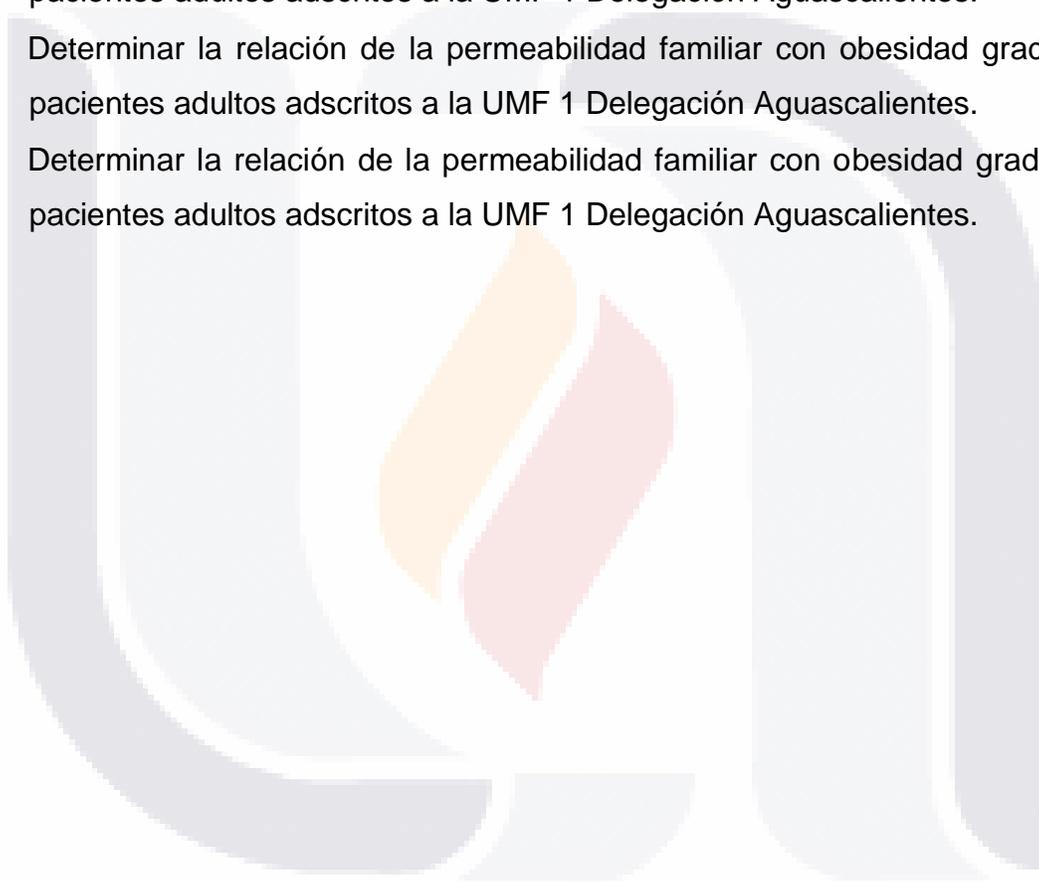
Determinar la relación que existe entre los grados de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad, en pacientes adultos adscritos a UMF 1 Delegación Aguascalientes

VI. B ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de pacientes adultos con sobrepeso y obesidad, adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar el grado de sobrepeso y obesidad de acuerdo al IMC (Según la clasificación de la OMS), en pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la cohesión familiar con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la cohesión familiar con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la cohesión familiar con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la cohesión familiar con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la armonía familiar con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la armonía familiar con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la armonía familiar con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes

- Determinar la relación de la armonía familiar con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la comunicación familiar con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la comunicación familiar con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la comunicación familiar con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la comunicación familiar con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la adaptabilidad familiar con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la adaptabilidad familiar con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la adaptabilidad familiar con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la adaptabilidad familiar con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes
- Determinar la relación de la afectividad familiar con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la afectividad familiar con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la afectividad familiar con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la afectividad familiar con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de los roles familiares con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de los roles familiares con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.

- Determinar la relación de los roles familiares con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de los roles familiares con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la permeabilidad familiar con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la permeabilidad familiar con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la permeabilidad familiar con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Determinar la relación de la permeabilidad familiar con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.



VII. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

VII.A Hipótesis alterna general:

H^A El sobrepeso y obesidad están relacionados con algún grado de funcionalidad familiar en pacientes adultos adscritos a la UMF 1.

VII.A.1 Hipótesis alternas específicas:

- La cohesión familiar se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La cohesión familiar se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La cohesión familiar se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La cohesión familiar se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.

- La comunicación familiar se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares se relacionan con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares se relacionan con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares se relacionan con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares se relacionan con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.

- La permeabilidad familiar se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.

VII.B Hipótesis nula general:

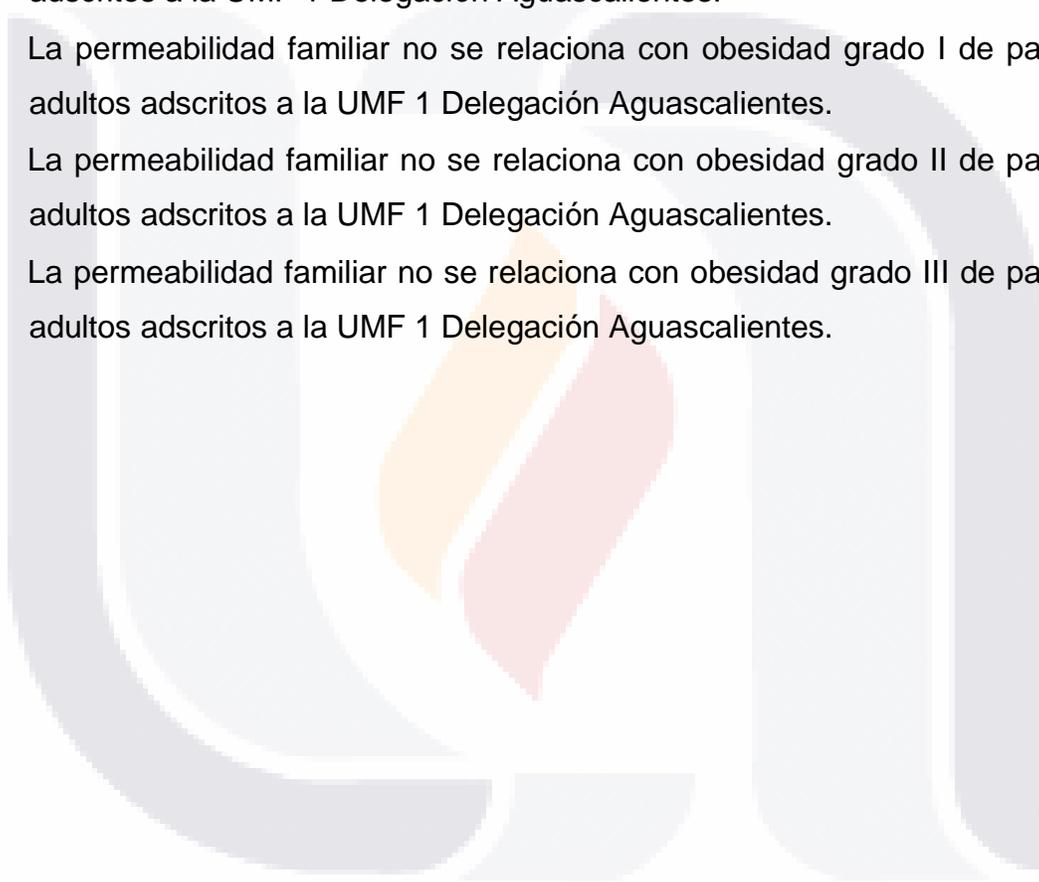
HO El sobrepeso y obesidad no están relacionados con algún grado de funcionalidad familiar en pacientes adultos adscritos a la UMF 1.

VII.B.1 Hipótesis nulas específicas:

- La cohesión familiar no se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La cohesión familiar no se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La cohesión familiar no se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La cohesión familiar no se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar no se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar no se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.

- La armonía familiar no se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La armonía familiar no se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar no se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar no se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar no se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La comunicación familiar no se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar no se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar no se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar no se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La adaptabilidad familiar no se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar no se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar no se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar no se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La afectividad familiar no se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares no se relacionan con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.

- Los roles familiares no se relacionan con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares no se relacionan con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Los roles familiares no se relacionan con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar no se relaciona con sobrepeso de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar no se relaciona con obesidad grado I de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar no se relaciona con obesidad grado II de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- La permeabilidad familiar no se relaciona con obesidad grado III de pacientes adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.



VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

VIII.A Diseño del estudio

Se trata de un proyecto de investigación analítico transversal, que pretendió relacionar los grados de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF 1.

VIII.B Población de estudio

Derechohabientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF 1 IMSS, delegación Aguascalientes.

VIII.B.1 Universo de trabajo

Fueron los 3960 pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad en 1 año pertenecientes a la UMF 1 IMSS, delegación Aguascalientes.

VIII.B.2 Unidad de análisis

Hombres y mujeres adultos con sobrepeso y obesidad pertenecientes a la UMF 1 IMSS del municipio de Aguascalientes.

VIII.B.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos derechohabientes del IMSS con sobrepeso y obesidad
- Pacientes que deseen participar en el estudio.
- Pacientes que firmen carta de consentimiento informado

VIII.B.4 Criterios de no inclusión:

- Pacientes embarazadas
- Pacientes con enfermedades o tratamiento psiquiátrico

VIII.B.5 Criterios de eliminación:

- Pacientes que no contesten el instrumento al 100%.

VIII.C Muestreo

Fue de tipo aleatorio simple, en donde el tamaño de la muestra se tomó de acuerdo a la población total atendida con diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la UMF 1 durante un año, cifra que es 3960 pacientes de acuerdo al censo de la Unidad.

El tamaño de la muestra se determinó en base a la fórmula:

$$n_0 = \frac{z^2 \times Pq}{e^2}$$

Sin embargo dado a que se conoce el tamaño de la población se tuvo que ajustar la muestra en base a la fórmula:

$$n' = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

N es el tamaño de la población en este caso es igual a 3960

z^2 es el nivel de confianza, en este caso 95%

Pq son la varianza

P es la proporción esperada en este caso 0.5

q es igual a 1 - P en este caso es igual a 0.5

e^2 es el porcentaje de error permitido, en este caso 5 %

Una vez realizada la primer formula:

n_0 será igual a 384 que sería el tamaño de la muestra en caso de no conocer la población, sin embargo al conocerla se ajusta el resultado con la segunda fórmula. Obteniendo el resultado de 350.3, por lo tanto:

Tamaño de la muestra= 351 pacientes

Dicha muestra se calculó de igual forma mediante el programa Epi info 2000 con un intervalo de confianza de 95%, proporción esperada de 50% y un error permitido de 5%, con lo cual se obtuvo el mismo resultado.

VIII.D Logística

Posterior a que se obtuvo la autorización de este protocolo, se solicitó permiso al director (a) de la UMF no 1 para la realización del estudio, se dio aviso a todos los médicos, informando que en la puerta de acceso se había colocado una báscula y cinta métrica para llevar a cabo la medición de peso y talla de los pacientes para determinar su IMC para clasificarlos según los criterios de la OMS, se solicitó el llenado del consentimiento informado y su colaboración para participar en el estudio. Se les dio la encuesta tipo cuestionario auto aplicado, estando presente para resolver cualquier duda de los pacientes.

La determinación de IMC y la aplicación del test se llevó a cabo por el tesista, posteriormente se vació la información en una base de datos de EXCEL, para posteriormente someterse al programa estadístico SPSS V 21.

VIII.E. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL): Es un instrumento construido por. Ms. Teresa Ortega Veitía, Ms. Dolores de la Cuesta Freijomil y Lic. Caridad Días Retureta, en 1996, para determinar las categorías, que a su juicio son las que evalúan el funcionamiento familiar. (62) Mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. (45, 62)

Para el diseño de esta prueba se siguió el principio de que fuera un instrumento sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pudiera ser aplicado por el personal que labora en las áreas de salud en general. Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realizó al miembro de la familia que, a criterio del equipo de salud, tuviera capacidad para responderla, en condiciones de privacidad adecuadas.(45)

Las dimensiones a evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

- a) Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
- b) Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- c) Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- d) Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- e) Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- f) Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

g) Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones (45, 62)

El test consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, en donde se valora un total de 14 cuestionamientos familiares, correspondiéndoles un valor de 2 a cada una de las siete variables que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que ésta a su vez tiene una escala de puntos, la aplicación del instrumento mostrará el grado de disfuncionalidad y se pudo identificar el área afectada, lo cual sirvió para identificar con más detalles las áreas problema del funcionamiento familiar. (45, 62)

VIII.E.1 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Este instrumento ha sido validado en diversos países de Latino América, se creó en Cuba en donde se validó en 1999 y posteriormente se validó en Uruguay en el año 2002 con la media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson de 0,42, la relación positiva existe pero no es perfecta (0,50 – 0,60). El Alfa de Crombach fue de 0,91, este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables. En México se ha realizado la validación de este test en diferentes estados, es utilizado en diferentes sedes de medicina familiar, encontrando que es fiable y valido, con un alfa de Crombach de 0.87 y Spearman Brown de 0.86 (62) (63)

En el año 2005 se realizó una segunda validación en Cuba con los siguientes resultados:

Confiabilidad Temporal.

El estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0.93, lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido.

El análisis de la consistencia interna de este instrumento, se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Crombach, el cual dio un coeficiente global de 0.88 lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento.(64)

Validez de Contenido

En este cuestionario la mayoría de los expertos evaluó los ítems del instrumento en la categoría mucho del aspecto “razonable y comprensible”. De hecho solo en los ítems 1, 2 y 13 hubo un experto que consideró que éstos eran poco razonables y comprensibles; en tanto que para los restantes ítems la totalidad de los expertos planteó estos en la categoría mucho. El criterio de los expertos con relación al atributo “suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables” arrojó que con excepción de los ítems 1 y 2 donde un experto clasificó estos ítems en la categoría poco, en los restantes, la totalidad de los expertos consideró que en este aspecto los mismos clasifican en la categoría mucho. Ello confirma la pertinencia de las categorías seleccionadas en la conformación del cuestionario de funcionalidad familiar FF–SIL.(64)

Validez de Constructo

El método de los componentes principales aportó los valores propios y varianzas de los componentes retenidos. Se obtuvo 4 factores o componentes cuya varianza acumulada asciende a 63,759 resultado que se considera aceptable para este tipo de validez.(64)

El primer factor está representado por la totalidad de los ítems de las categorías Afectividad, Armonía, Comunicación y Cohesión, indica que estas son las más importantes en la prueba ya que el valor propio de este factor resultó 5 veces superior al segundo, lo que evidencia que estos procesos son los que más contribuyen a la variabilidad de la muestra.(64)

Para el factor 1 los ítems mejor correlacionados con éste son el 14, las demostraciones de cariño con 0.83, seguido por el 13 respeto a los límites con 0.79, el 4 referido a las manifestaciones de cariño en la vida cotidiana con 0.75, el 11 referido a la libertad de expresión en la familia con 0.73, el 1 con 0.66 que trata sobre la unión en la toma de las decisiones, el 2 con 0.61 (armonía) y los ítem 5 de comunicación y 8 de solidaridad con 0,56 respectivamente. Puede señalarse a la Afectividad como la categoría que más aporta a este factor, seguida por la Armonía, la Comunicación y la Cohesión.(64)

El factor 2 se correlaciona fundamentalmente con los ítems de las categorías Adaptabilidad y Rol. Agrupa el ítem 10 referido a la flexibilidad necesaria para la adaptación, el 9 a la distribución de las tareas en el hogar, el 6 sobre la aceptación mutua necesaria para la adaptabilidad y el 3 sobre el cumplimiento de los roles. Los ítems 12 y 7 correspondientes a la categoría Permeabilidad, se distribuyeron entre los factores 3 y 4.(64)

Validez de Criterio

El coeficiente Kappa arrojó un resultado de 0.88 que expresa una concordancia intensa.(64)

VIII.F. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos la realizó el propio tesista, colocándose en la puerta de acceso a la UMF 1 y realizando la medición de peso y talla a los pacientes adultos que aceptaron participar en el estudio y obteniendo su IMC. Posteriormente se entregó la carta de consentimiento y finalmente el cuestionario auto aplicado para determinar el grado de función familiar. Los datos se concentraron en una base de Excel para posteriormente iniciar el manejo estadístico, apoyados en el SPSS V 21.

VIII. G. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

VIII.G.1. PROCESAMIENTO DE DATOS:

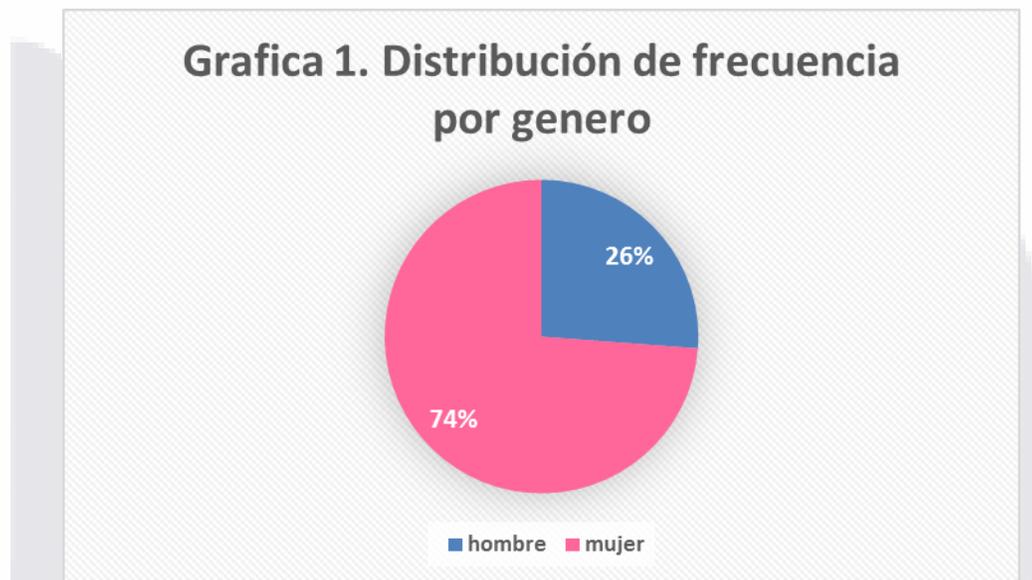
Para el nivel descriptivo, las variables sociodemográficas, edad sexo, estado civil y grado académico, se determinaron por medio de prevalencias, medidas de tendencia central (media), y medida de dispersión (desviación estándar).

Para el nivel analítico se realizara la correlación entre variables dependiente y las variables independientes, con (P) de Pearson para variables continuas y una (F) de Fisher para variables categóricas.

IX. RESULTADOS

Datos Sociodemográficos:

Participaron en el estudio 351 pacientes adultos adscritos a la UMF 1 con sobrepeso u obesidad, de los cuales 74.0% (n=260) son mujeres y el 26.0% (n=91) hombres (Grafica 1).



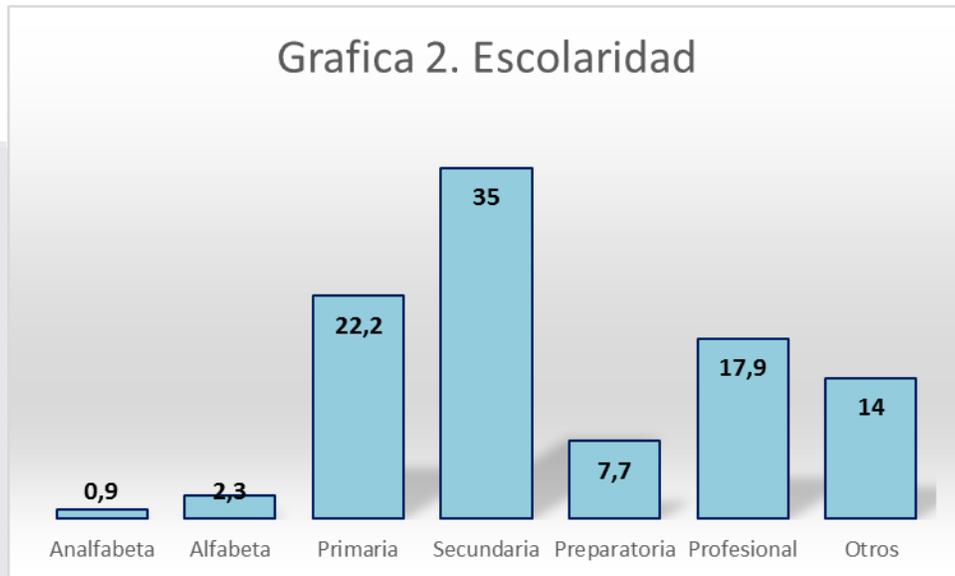
Gráfica 1. Distribución de frecuencia de género

Los participantes tuvieron una edad promedio de 40.7 años, con una desviación de 13.11, el rango de edad oscilo entre un mínimo de 18 años y un máximo de 80 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la edad, en pacientes adultos adscritos a la UMF No 1

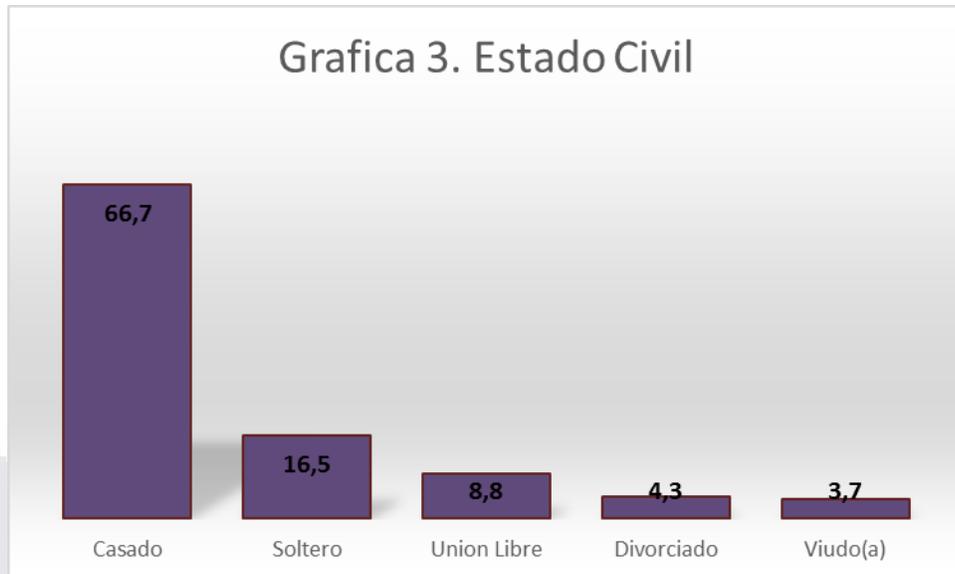
Media	Moda	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
40.73	38 años	13.11	18	80

De la población estudiada, menos del 1.0% es analfabeta, un poco más del 2.0% tiene estudios inconclusos de nivel primaria. El 35% de los pacientes encuestados tienen una escolaridad de secundaria, el 22.2% primaria, el 17.9% profesional. Un 14.0% tiene otro nivel de escolaridad (Grafica 2).



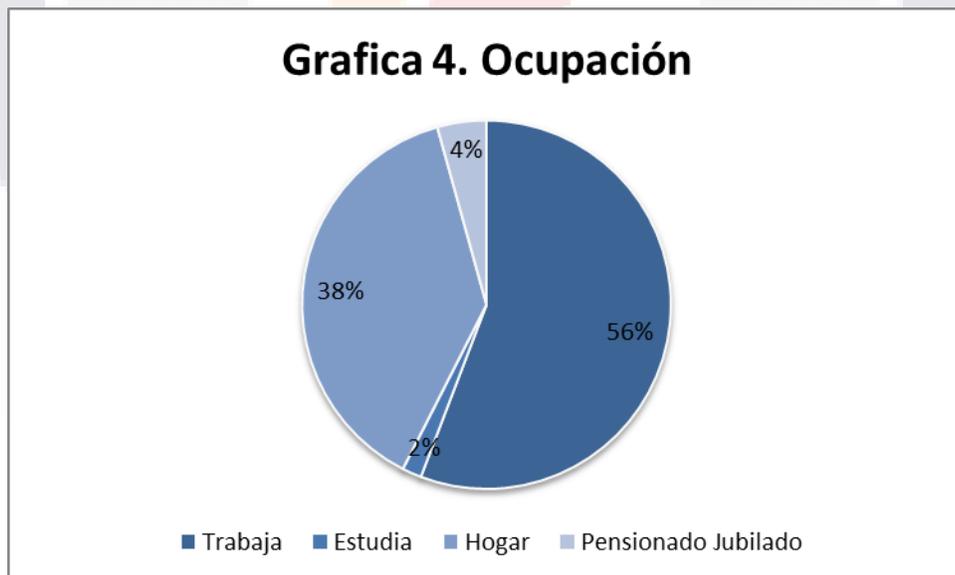
Gráfica 2 Escolaridad de los participantes

La gran mayoría de los pacientes del estudio son casados (66.7%) un menor número, el 16.5% son solteros, el 8.8% viven en unión libre, el 4.3% están divorciados y el 3.7% son viudos (Grafica 3). Al sumar los pacientes casados con los que viven en unión libre nos da un total de 75.5%, lo que se traduce en tres de cada cuatro pacientes viven con una pareja.



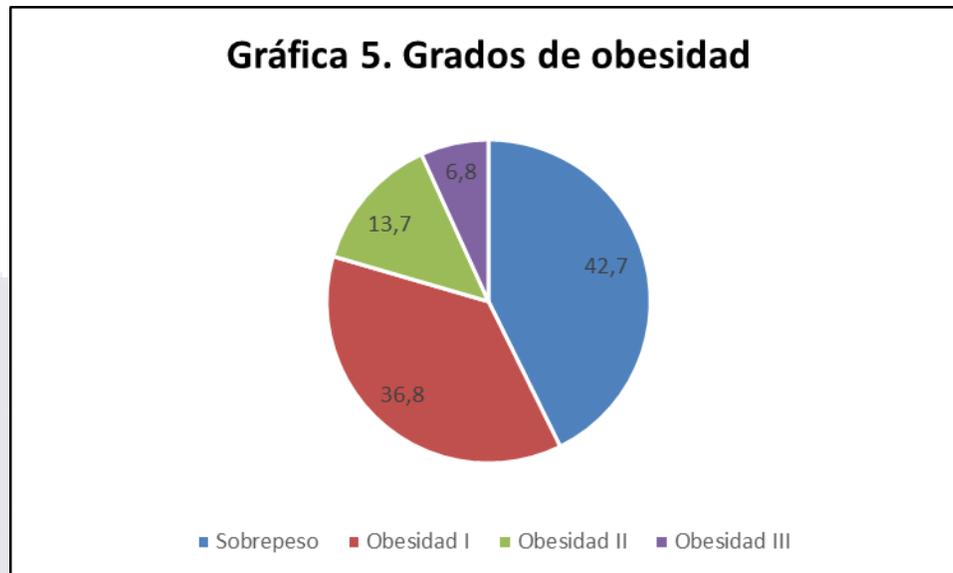
Gráfica 3. Estado civil de los participantes

Al preguntar sobre la ocupación, el 38% de los participantes mencionó que se dedican al hogar, otro 56% refirió ser trabajadores, y un 4% son pensionados o jubilados, un 2% mencionó ser estudiantes (Grafica 4).



Gráfica 4. Ocupación de los participantes

El 42.7% de los participantes tienen sobrepeso, el 36.8% tienen obesidad en grado I, el 13.7% tienen obesidad grado II y solo el 6.8% tienen obesidad grado III (Gráfica 5).



Gráfica 5. Tipología de sobrepeso y obesidad

En la tabla anterior se muestran los resultados de la relación entre las características sociodemográficas de los pacientes adultos adscritos a la UMF No. 1, con los grados de obesidad, donde se observó una relación significativa con la “Ocupación” de los pacientes adscritos a la UMF No.1 con un valor *P* de 0.02 y un intervalo de confianza del 99% (0.19-0.27), las variables sociodemográficas analizadas de Género, Escolaridad, Estado civil y Edad no se presentó una relación significativa con los grados de obesidad de los pacientes adultos adscritos a la UMF No.1 (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas relacionadas con los grados de obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF No 1

	n (%)				Valor de p	IC 95%
	Sobrepeso	Obesidad Grado 1	Obesidad Grado 2	Obesidad Grado 3		
Genero						
Masculino	39 (25.3%)	36 (27.9%)	14 (29.2%)	3 (12.5%)	0.282	0.270-0.294
Femenino	112 (74.6%)	93 (72.9%)	34 (70.8%)	21 (87.5%)		
Escolaridad						
Analfabeta	2 (1.3%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.39	0.38-0.40
Alfabetada sin escolaridad	4 (2.7%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
Primaria	32 (21.3%)	28 (21.7%)	11 (22.9%)	7 (29.2%)		
Secundaria	53 (35.3%)	41 (31.8%)	22 (45.8%)	7 (29.2%)		
Preparatoria	13 (8.7%)	11 (8.5%)	2 (4.2%)	1 (4.2%)		
Carrera Técnica	18 (12.0%)	30 (23.3%)	8 (16.7%)	7 (29.2%)		
Licenciatura	28 (18.7%)	14 (10.9%)	5 (10.4%)	2 (8.3%)		
Ocupación						
Hogar	57(38.0%)	41 (31.8%)	20 (41.7%)	16 (66.7%)	0.02	0.19-0.27
Estudia	3 (2.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
Trabaja	82 (54.7%)	83 (64.3%)	26 (54.2%)	5 (20.8%)		
Jubilado/ Pensionado	8 (5.3%)	2 (1.6%)	2 (4.2%)	3 (12.5%)		
Estado civil						
Casado	99 (66.0%)	80 (62.0%)	39 (81.2%)	16 (66.7%)	0.251	0.240-0.262
Soltero	26 (17.3%)	26 (20.2%)	5 (10.4%)	1 (4.2%)		
Unión Libre	10 (6.7%)	14 (10.9%)	2 (4.2%)	5 (20.8%)		
Divorciado	8 (5.3%)	5 (3.9%)	1 (2.1%)	1 (4.2%)		
Viudo	7 (4.7%)	4 (3.1%)	1 (2.1%)	1 (4.2%)		
Edad	150 27.9; 1.2	129 31.9; 1.3	48 36.9; 1.3	24 43.4; 3.0		
Media 40.73 D.S. ± 13.11						

Tabla 3. Características sociodemográficas relacionadas con los grados de funcionalidad familiar en pacientes adultos adscritos a la UMF No 1

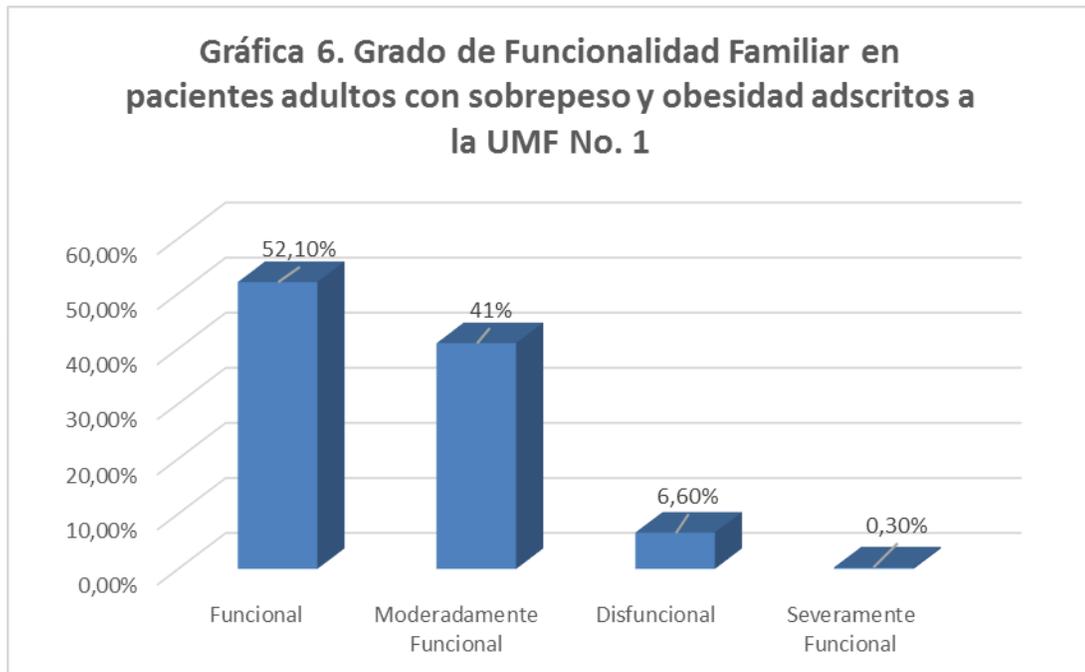
	n (%)				Valor de p	IC 95%
	FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL		
Genero						
Masculino	44 (24.0%)	42 (29.2%)	6 (26.1%)	0 (0.0%)	0.28	0.27-0.29
Femenino	139 (76.0%)	103 (71.5%)	17 (73.9%)	1 (100%)		
Escolaridad						
Analfabeta	1 (0.5%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.122	0.116-0.129
Alfabeta sin escolaridad	5 (2.7%)	2 (1.4%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)		
Primaria	41 (22.4%)	29 (20.1%)	7 (30.4%)	1 (100%)		
Secundaria	57 (31.1%)	57 (39.6%)	9 (39.1%)	0 (0.0%)		
Preparatoria	15 (8.2%)	11 (7.6%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)		
Carrera Técnica	41 (22.4%)	20 (13.9%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)		
Licenciatura	23 (12.6%)	23 (16.0%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)		
Ocupación						
Hogar	70 (38.2%)	51 (35.4%)	12 (52.2%)	1 (100%)	0.111	0.107-0.117
Estudia	1 (0.5%)	5 (3.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
Trabaja	104 (56.8%)	84 (58.3%)	8 (34.8%)	0 (0.0%)		
Jubilado/ Pensionado	8 (4.4%)	4 (2.8%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)		
Estado civil						
Casado	131 (71.6%)	87 (60.4%)	16 (69.6%)	0 (0.0%)	0.003	0.002-0.003
Soltero	36 (19.7%)	20 (13.9%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)		
Unión Libre	8 (4.4%)	18 (12.5%)	5 (21.7%)	0 (0.0%)		
Divorciado	5 (2.7%)	9 (6.3%)	0 (0.0%)	1 (100%)		
Viudo	3 (1.6%)	10 (6.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
Edad	183 31.6; 4.5	144 31.7; 4.6	1 45.3; 0.0	23 32.0; 4.3		
	Media 40.73 D.S. ± 13.11					

En la tabla 3, se muestran los resultados de la relación entre las características sociodemográficas y los grados de funcionalidad familiar en pacientes adultos adscritos a la UMF No. 1 que participaron en el estudio, se observa una relación significativa entre la variable de estado civil y los grados de funcionalidad, con un valor *P* de 0.003 y un intervalo de confianza del 95% (0.002-0.003), en el resto de las variables analizadas no se encontraron relaciones significativas con el grado de funcionalidad de los pacientes adscritos a la UMF No.1 (Tabla 3).

Tabla 4. Grado de funcionalidad familiar en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF No 1

	n (%)
Funcional	183 (52.1%)
Moderadamente Funcional	144 (41%)
Disfuncional	23 (6.6%)
Severamente Disfuncional	1 (0.3%)

En la tabla anterior se muestran las prevalencias de los grados de funcionalidad familiar identificados en los pacientes adultos adscritos a la UMF No.1 que participaron en el estudio. Donde se observa que más del 90% de los pacientes adultos presentan un grado “Funcional” o “Moderadamente funcional”, mientras que, menos del 7% del total de los pacientes adultos adscritos a la UMF No.1 presentan “disfuncionalidad” o “disfuncionalidad severa” (Tabla 4).



Gráfica 6. Grado de funcionalidad familiar en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF No.1

Tabla 5. Área de mayor afectación de los pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF NO 1

	n (%)
Permeabilidad	121 (34.5%)
Armonía	33 (9.4%)
Roles	47 (13.4%)
Comunicación	57 (16.2%)
Cohesión	50 (14.2%)
Adaptabilidad	27 (7.7%)
Afectividad	16 (4.6%)

El 52.1% de los pacientes participantes en el estudio se clasificaron como “Funcionales” de acuerdo a los resultados obtenidos, siendo el de mayor frecuencia dentro de los grado de funcionalidad familiar de los pacientes adultos adscritos a la UMF No.1, por otro lado un 41% se clasifico como moderadamente funcional, y los de menor frecuencia fueron “Disfuncional” (6.6%) y “Severamente Disfuncional” (0.3%). (Grafica 6)

La tabla 5 muestra las frecuencias de las áreas de mayor afectación de funcionalidad familiar identificados en los pacientes adultos adscritos a la UMF No.1 que participaron en el estudio. Donde se observa que el 34.5% el área de afectación es la permeabilidad, los roles con un 13.4%, el área de comunicación presenta un 16.2% y 14.2% el área de cohesión.

Tabla 6. Análisis de correlación entre las dimensiones de funcionalidad familiar con el grado de obesidad de pacientes adultos adscritos a la UMF No 1

Dimensiones		Cohesión	Armonía	Comunicación	Permeabilidad	Efectividad	Roles	Adaptabilidad
Grado de Obesidad	C-c	.007	.014	.030	-.027	.009	-.030	-.038
	p	.903	.797	.570	.608	.864	.575	.482

*p < 0.05

En la tabla anterior se muestra la correlación mediante la p de Pearson entre el grado de obesidad y las dimensiones de la funcionalidad familiar en pacientes adultos adscritos a la UMF No. 1, mostrándose correlaciones nulas y sin significancia con valores $p > 0.05$ entre las 7 dimensiones de funcionalidad familiar y el grado de obesidad.

Tabla 7. Análisis de correlación entre las dimensiones de funcionalidad familiar de pacientes adultos con sobrepeso y obesidad adscritos a la UMF No 1

Dimensiones		Cohesión	Armonía	Comunicación	Permeabilidad	Efectividad	Roles	Adaptabilidad
Cohesión	C-c	1						
	p							
Armonía	C-c	.409**	1					
	p	.000						
Comunicación	C-c	.451**	.465**	1				
	p	.000	.000					
Permeabilidad	C-c	.285**	.147**	.259**	1			
	p	.000	.006	.000				
Efectividad	C-c	.531**	.498**	.487**	.209**	1		
	p	.000	.000	.000	.000			
Roles	C-c	.344**	.505**	.393**	.210**	.436**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.000		
Adaptabilidad	C-c	.383**	.420**	.503**	.329**	.378**	.416**	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

*p < 0.05

En Tabla anterior se reflejan la correlación entre las 7 dimensiones de la funcionalidad familiar (Cohesión, Armonía, Comunicación, Permeabilidad, Efectividad, Roles y Adaptabilidad), presentando correlaciones significativas de fuerte (.600 a .400) entre las dimensiones de Cohesión y Armonía, Comunicación y Cohesión, Comunicación y Armonía, Efectividad y Cohesión, Efectividad y Armonía, Efectividad y Comunicación, Roles y Armonía, Roles y Efectividad, Adaptabilidad y Comunicación, Adaptabilidad y Roles. Adaptabilidad y Armonía. Se presentaron correlaciones significativas moderadas (.399 a .299) entre las dimensiones de Roles y Cohesión, Roles y Comunicación, Adaptabilidad y Cohesión, Adaptabilidad y Permanencia, Adaptabilidad y Efectividad. Y en las dimensiones de Permeabilidad y Cohesión, Permeabilidad y Armonía, Permeabilidad y Comunicación, Roles y Permeabilidad, se presentaron correlaciones significativas débiles (.200 a .100). La escala completa mostro correlaciones significativas entre las dimensiones de funcionalidad familiar, y en su mayoría correlaciones de fuertes a moderadas.

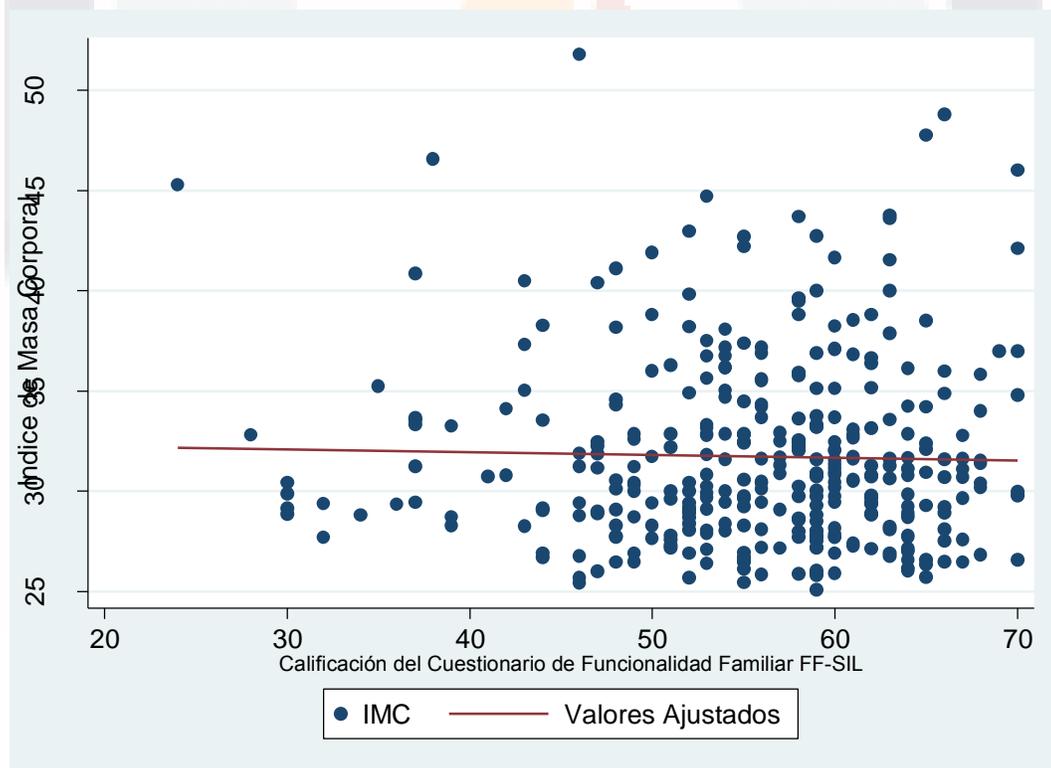
Tabla 8.- Relación Entre la Funcionalidad Familiar y el Índice de Masa Corporal a través de Regresión Lineal

	Coefficiente	Intervalo de Confianza	Valor de p
Análisis Bivariado			
IMC	-0.13	-0.71 a 0.04	0.64
Análisis Multivariado			
IMC	-0.10	-0.69 a 0.04	0.71

En el Análisis Bivariado con un Modelo de Regresión Lineal Simple. Como variable dependiente tenemos la Funcionalidad Familiar, y como variable independiente el IMC.

En el Análisis Multivariado Modelo de Regresión Lineal Múltiple. Como variable dependiente tenemos la Funcionalidad Familiar, y como variable independiente el IMC. Las covariables son edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Para finalizar se analizaron las variables, Funcionalidad Familiar e Índice de Masa Corporal, de manera continua (Tabla 8). En lugar de tomar las categorías de sobrepeso y obesidad, así como las de funcionalidad/disfuncionalidad familiar se tomaron los valores numéricos para cada una de ellas. Se llevaron a cabo dos modelos de regresión, uno simple y uno multivariado. El modelo de regresión simple se observa que por cada punto obtenido en el cuestionario de funcionalidad familiar, se reduce en 0.13 unidades el índice de masa corporal, el valor de p 0.64 nos indica que no es significativa esta diferencia. En el análisis multivariado se toman en cuenta además las variables edad, estado civil, escolaridad y ocupación, en el se observa que por cada incremento en una unidad del cuestionario de Funcionalidad Familiar una disminución en 0.10 puntos de IMC, el valor de p 0.71 nos sugiere que no es estadísticamente significativa esta diferencia. Esta relación negativa entre las variables se observa en la siguiente gráfica.



Gráfica 7.- Relación entre Índice de Masa Corporal y Funcionalidad Familiar

X. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En un estudio realizado en un grupo de 351 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en la Ciudad de Aguascalientes, se encontró una prevalencia de disfuncionalidad familiar menor al 7.0%, por otra parte la prevalencia de sobrepeso en los participantes fue de 42.7%, un 36.8% presentó obesidad en grado I, un 13.7% obesidad grado II y el restante 6.8% presentó obesidad grado III. En los análisis para determinar la relación que existe entre los grados de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en esta población se encontró que por cada incremento en una unidad del cuestionario de funcionalidad familiar hubo una disminución en 0.10 puntos de IMC (valor de p 0.71) lo cual no fue estadísticamente significativo.

En la literatura especializada en salud son escasos los artículos que han evaluado la relación entre la funcionalidad familiar y el exceso de peso corporal en adultos. Sin embargo, existe evidencia científica de que la funcionalidad familiar se relaciona con el sobrepeso y la obesidad a edades tempranas de la vida. En esencia la disfuncionalidad familiar se asocia a un incremento en el riesgo de presentar exceso de peso corporal tanto en la infancia así como en la adolescencia. (65)

Las investigaciones realizadas en otros países indican que los aspectos de la funcionalidad familiar que se relacionan con el incremento del riesgo para presentar sobrepeso u obesidad a edades tempranas son: una mala comunicación, un mal control de los comportamientos, un alto nivel de conflictos familiares y valores bajos de jerarquía dentro de las familias. Estudios de intervención se han encontrado que puede haber cambios en el peso corporal de los niños. Los estudios que han evaluado estas relaciones mencionan que se necesita estudiar más a fondo sobre los mecanismos que subyacen en estas asociaciones. Del mismo modo un artículo de revisión hace notar que los instrumentos utilizados para evaluar la funcionalidad familiar han sido muy diversos y se necesita un instrumento estandarizado. (65)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En México existe una tesis la cual trata de determinar la influencia de los factores psicosociales en el sobrepeso y obesidad en jóvenes estudiantes de nivel bachillerato en el estado de Nuevo León. A diferencia de lo reportado en otros países, en el que la disfuncionalidad familiar se relaciona a un exceso de peso corporal, en esta investigación no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de peso normal y sobrepeso u obesidad. (66)

Como se mencionó previamente, en la búsqueda de artículos que han investigado las variables de interés en población adulta, nos percatamos del estudio llevado a cabo por Bez y Cols. (67) Este tuvo como objetivo evaluar las diferencias de la funcionalidad familiar y ansiedad entre personas de peso normal, sobrepeso y obesidad. Los pacientes fueron seleccionados en un hospital universitario, en la clínica de consulta externa y del departamento de medicina interna, se midieron las variables de interés, la antropometría y el cuestionario Family Assessment Devise se aplicó a todos los grupos. En los resultados se encontró que al comparar los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad, aquellos con exceso de peso tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la resolución de problemas, comunicación, funciones de respuesta afectiva y las dimensiones de control de comportamiento las cuales reflejan disfunción en sus familias. (67) Este artículo concluye que a nivel clínico, cuando se trabaja con pacientes con sobrepeso u obesidad existe la posibilidad de que tengan niveles altos de disfunción familiar.

En otro estudio realizado por Ming y cols.,(68) los autores comentan que existe evidencia de que la funcionalidad familiar y el exceso de peso se relacionan en la infancia, pero su asociación con las conductas de riesgo de la obesidad materna no es clara. Los investigadores realizaron el estudio con el objetivo de investigar si el funcionamiento familiar se asocia con conductas de riesgo de la obesidad materna y para informar el desarrollo de intervenciones de obesidad temprana. En esta investigación participaron 408 mujeres, madres por primera vez de 24 a 34 semanas de embarazo. Ellas participaron en el Healthy Beginnings Trial (HBT) llevado a cabo

en el suroeste de Sydney, Australia, en 2008. El estudio encontró que el 30% de la población del estudio tenía una puntuación funcionamiento familiar ≥ 2 , lo que indica el funcionamiento familiar saludable. Alrededor de un tercio (36%) de las madres tuvo más de un comportamiento de riesgo de obesidad. Las madres con una puntuación funcionamiento familiar ≥ 2 eran más propensas a tener más de un comportamiento de riesgo de obesidad (47% vs 32%, $P < 0,05$) que las madres con una puntuación más baja. La proporción de madres con una puntuación de funcionamiento familiar ≥ 2 aumentó de 22% a 29% a 39% en el número de conductas de riesgo de la obesidad materna aumentó de 0 a 1 a 2 o más. Los autores concluyen que el funcionamiento familiar se asocia de forma independiente con el número de conductas de riesgo de la obesidad materna después de ajustar los modelos con la edad materna y educación. Intervenciones sobrepeso y la obesidad deben considerar abordar el funcionamiento familiar. (68)

En un artículo publicado por investigadores del IMSS en Tlaxcala el cual tuvo como objetivo determinar la asociación entre la disminución de peso corporal y el funcionamiento familiar. (69) Se estudió a 168 pacientes con sobrepeso u obesidad, de entre 20 a 49 años de edad, de ambos sexo, sin presencia de comorbilidades, a estos se les aplicó una encuesta sociodemográfica y FACES III para medir función familiar. Este fue un estudio longitudinal que a los tres meses con valoración del índice de masa corporal al tercer mes. Al analizar los resultados de los pacientes por grupos se presentó disfunción familiar en 56.6 %, y que 50 % de este no disminuyó de peso. De 43.4 % familias funcionales, 9.52 % no disminuyó de peso. El riesgo de no bajar de peso por pertenecer a una familia disfuncional es de 4 veces superior al de una persona que pertenece a una familia funcional. El artículo concluye que pertenecer a una familia disfuncional puede ser factor de riesgo para no disminuir de peso. (69) Esto significa en nosotros como médicos familiares debemos tomar en cuenta la funcionalidad familiar al tratar a pacientes con exceso de peso.

La permeabilidad fue identificada como el área más afectada. Los resultados del análisis de regresión lineal multivariada de nuestro estudio indican que las personas con valores altos en el test de funcionalidad familiar tenían menores niveles de índice de masa corporal, esto incluso después de ajustar por otras variables como edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Esto es similar a lo reportado en otros estudios, solo que en esta investigación la diferencia no fue estadísticamente significativa. La falta de significancia estadística en este estudio posiblemente se debió a que era necesario un mayor tamaño de muestra.



XI. CONCLUSIONES

En un estudio realizado en pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en la Ciudad de Aguascalientes, se encontró una prevalencia de disfuncionalidad familiar menor al 7.0%, por otro lado la prevalencia de sobrepeso en los participantes fue de 42.7%, un 36.8% presentó obesidad en grado I, un 13.7% obesidad grado II y el restante 6.8% presentó obesidad grado III. La permeabilidad fue identificada como el área más afectada de acuerdo al test de funcionamiento familiar FF-SIL.

En los análisis para determinar la relación que existe entre los grados de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en esta población se encontró que por cada incremento en un punto del cuestionario de funcionalidad familiar hubo una disminución en 0.10 puntos de IMC (valor de p 0.71) lo cual no fue estadísticamente significativo. Por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

XII. GLOSARIO

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades físicas de los integrantes tales como: alimentación, vestido, seguridad física, servicios de salud, etc.

Dinámica familiar: conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que funcione bien o mal como unidad según las circunstancias.

Estatus y nivel socioeconómico: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad; permitiéndole a cada integrante asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

Familia: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas//Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje//Conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común.

Familia funcional: aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

Funciones familiares: responsabilidades fundamentales que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, con el objetivo de que todos alcancen su máximo desarrollo.

Genograma: instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico pacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia.

Índice de masa corporal: indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad.

Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad, llevando a cabo la regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de: interacción sexual adulta, educación sexual y control de la natalidad.

Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Sobrepeso y obesidad: acumulación anormal o excesiva de grasa.

Socialización: el individuo aprende de los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y sociedad.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Talamantes E, Troyo-Sanromán R. Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010;48(5):485-90.
2. Rojas López JP. Influencia de la disfunción familiar y factores sociales, en la prevalencia de obesidad/desnutrición 2010.
3. ORTIZ DNSM. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
4. Ortiz KC. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD INFANTIL Y FUNCIÓN FAMILIAR EN NIÑOS ESCOLARES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ CON MF No.
5. González JMF, Morales FdMS. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESCOLARES ZACATECANOS. 2012.
6. Fragoso Muñoz AG, Casa Patiño OD. SOBREPESO, OBESIDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DE LA UMF 75. 2013.
7. Gándara Leyva ER, García Torres ER. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO. 2014.
8. Reyes WG, Miranda NT. INTENTO SUICIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(5):452-60.
9. Rival JOC, Villa-Barajas R, Gómez-Alonso C, Rodríguez-Orozco AR. Relación entre cefalea tensional y disfunción familiar en una unidad de medicina familiar. *Rev Cubana Med General Integral.* 25(1).
10. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Consejo Editorial. 2012;18(1):14-23.
11. Alvarez HRP, Palacios SdCC, García MIÁ, García MHM, Hernández JAC. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario.* 2014;12(2):45-57.
12. Martín Suárez MdlÁ, Díaz Bringas M, Sánchez Lozada M, Fernández Cárdenas EJ, Carrillo Alfonso MT, Guasch Almeida T. Caracterización de la salud familiar en estudiantes de Medicina. *Revista Médica Electrónica.* 2015;37(2):121-9.
13. Foz M. Historia de la obesidad. X Formiguera (Director Invitado) *Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización España: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.* 2005:3-19.
14. García E. ¿ Qué es la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición.* 2004;12(4):S88-S90.
15. de la Federación DO. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. *Rev méd IMSS.* 2000;38(5):397-403.
16. Barrera-Cruz A, Rodríguez-González A, Molina-Ayala M. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(3):292-9.
17. Hernández-Jiménez S. Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México.* 2004;140(2):27.
18. Dávila-Torres J. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(2):121-256.
19. Moreno-Altamirano L, García-García JJ, Soto-Estrada G, Capraro S, Limón-Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México.

- (Spanish). Epidemiology and social determinants associated with obesity and type 2 diabetes in Mexico (English). 2014;77(3):86-95. PubMed PMID: 99308758.
20. Peña CM, de la Rubia JM. Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis. 2011 (37):9.
 21. Bruch H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within: Basic Books; 1973.
 22. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. Psychological bulletin. 2002;128(5):825.
 23. Ferreira L. Clasificación del sobrepeso y la obesidad. Recuperado de [http://www meiga info/Escalas/Obesidad pdf](http://www.meiga.info/Escalas/Obesidad.pdf). 2008.
 24. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev Esp Obes. 2007;5(3):135-75.
 25. González Jiménez E, Aguilar Cordero M, García García CJ, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López C, et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). Nutrición Hospitalaria. 2012;27(1):177-84.
 26. Elizondo TG. Trabajo con familias: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2009.
 27. Munguía SS. Diccionario etimológico latino-español: Anaya Publishers; 1985.
 28. Española RA. Diccionario. Links. 2008:1162.
 29. Clemente C. Definición de familia según la OMS. Recuperado en <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/>; 2009.
 30. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar Mexicana. 2006.
 31. Luna AM. Familia: introducción al estudio de sus elementos: Editores de Textos Mexicanos; 2008.
 32. Huerta J. Medicina Familiar, La Familia en el proceso Salud-Enfermedad. Editorial Alfíl. 2005.
 33. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. 2006;8(1):27-32.
 34. de la Revilla Ahumada L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar 1993.
 35. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. (Spanish). 7: Asociación Latinoamericana de Profesores en Medicina Familiar A.C.; 2005. p. S15-S9.
 36. Gómez-Clavelina F, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam. 1999;1(2):45-57.
 37. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones: Fondo de Cultura Económica; 2006.
 38. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device*. Journal of marital and family therapy. 1983;9(2):171-80.
 39. Minuchin S, Fishman HC. Family therapy techniques: Harvard University Press; 2009.
 40. Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista Estructural". Salud Mental. 2001;24(2):32-42.
 41. Camacho P, León C, Silva I. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en Adolescentes. Rev Enferm Herediana. 2009;2(2):80-5.
 42. Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family process. 1979;18(1):3-28.
 43. Aco EE. Manual para la escala de funcionamiento familiar: Instituto de la Familia, AC; 1997.

44. Ángel QFM, Noel PÁO, Miriam SV, José HJ. Diseño y validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Médico de Familia*. 2010;18(2):89-96.
45. Louro Bernal I, Infante P, De la Cuesta F, Pérez G, González B, Pérez Cárdenas C. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2002:43.
46. Johnson B, Brownell KD, St Jeor ST, Brunner RL, Worby M. Adult obesity and functioning in the family of origin. *International Journal of Eating Disorders*. 1997;22(2):213-8.
47. Gutiérrez Rodríguez D, Motta Ramírez GA. La salud en México en el futuro. (Spanish). *Revista de Sanidad Militar*. 2015 01//ene/feb2015;69(1):1-7. PubMed PMID: 102130875.
48. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza A, Rivera-Dommarco JA. Prevalence of obesity in Mexican adults 2000-2012. *salud pública de méxico*. 2013;55:S151-S60.
49. Del Toro AB, Rodríguez TE, Arroyo LNM, Recillas MT. Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 2011;16(1):115-23.
50. inegi. 2010. Available from: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/ags/01_principales_resultados_cp2010.pdf.
51. INEGI. 2014. Available from: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>.
52. Membrillo A. Situación actual de la salud familiar en México. *Medwave*. 2013;13(01).
53. Sedesol C. Inegi (2010). La delimitación de zonas metropolitanas Aguascalientes, Sedesol-Conapo-Inegi. 2010.
54. de Diputados C, editor Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2008: Cámara de Diputados.
55. Federal PE. Ley federal del trabajo. México, Ediciones Fiscales ISEF. 2014.
56. SOCIAL LDS, UNICO C. LEY DEL SEGURO SOCIAL.
57. de la Federación DO. Plan Nacional de Desarrollo 2013– 2018. *Diario Oficial de la Federación*. 2013;20.
58. CALDERON F, MEDICO S, RIVAS AL, DE LOS ANGELES M, VIVANCO B. GUÍA CLÍNICA DE ORIENTACIÓN Y PSICOTERAPIA FAMILIAR.
59. LA SY, EXÓGENA O. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del.
60. Salud Sd. Norma oficial mexicana, NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención de la violencia familiar. Secretaría de Salud México DF; 1999.
61. Sassi F. Obesity and the economics of prevention: fit not fat: OECD Publishing; 2010.
62. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil Ddl, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*. 1999;15(3):164-8.
63. México MM. No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):63-6.
64. Louro Bernal I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.
65. Halliday JA, Palma CL, Mellor D, Green J, Renzaho AM. The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *International journal of obesity* (2005). 2014 Apr;38(4):480-93. PubMed PMID: 24232501. Epub 2013/11/16. eng.
66. SALINAS JDH. INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD EN JÓVENES. MONTEREY: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON; 2014.

67. Bez Y, Ari M, Gokce C, Celik M, Kaya H. Family functioning and its clinical correlates in overweight and obese patients. *Eating and weight disorders : EWD*. 2011 Dec;16(4):e257-62. PubMed PMID: 22102408. Epub 2011/11/22. eng.
68. Li Wen M, Simpson JM, Baur LA, Rissel C, Flood VM. Family Functioning and Obesity Risk Behaviors: Implications for Early Obesity Intervention. *Obesity*. 2011;19(6):1252-8.
69. Jaramillo-Sanchez R, Espinosa-de Santillana I, Espindola-Jaramillo IA. [Weight loss in overweight or obese patients and family functioning]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2012 Sep-Oct;50(5):487-92. PubMed PMID: 23282260. Epub 2013/01/04. Disminucion de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. spa.



ANEXO A.2. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Items	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.	1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE	Items
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5	2
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5	3
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5	4
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	5	6
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5	7
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	5	8
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	5	9
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5	10
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5	11
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5	12
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5	13
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5	14
SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL							
		SUME LAS COLUMNAS					

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR	INDICADOR (ESCALA DE VALORACIÓN)	ÍTEMS	ÍNDICES
Factores sociodemográficos Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo	Características demográficas Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Edad: Años cumplidos por una persona desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad en años al momento de la entrevista	Ordinal 1.- 0-9 2.-10-19 3.-20-59 4.- mas de 60	Pregunta directa al paciente ¿Cuál es su edad?	1.- 0-9 2.-10-19 3.-20-59 4.- mas de 60
	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que componen un grupo social.	Sexo: Hace referencia a la condición biológica que diferencia a los seres vivos en dos grupos, hombre y mujer	Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece	Fenotipo Estado civil al momento de la entrevista	Nominal dicotómica: 1.- Masculino. 2.- Femenino. Nominal politómica: 1.- Casado (a). 2.- Soltero(a). 3.- Unión libre. 4.- Divorciado(a).	Observación directa ¿Paciente de sexo? Masculino Femenino Pregunta directa al paciente ¿Cuál es su estado civil?

		<p>derechos y obligaciones</p> <p>Religión: Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales</p>	<p>Condición religiosa al momento de la entrevista</p>	<p>5.- Viudo(a).</p> <p>Nominal politómica:</p> <p>1.- Católica</p> <p>2.- Cristiana.</p> <p>3.- Testigo de Jehová.</p> <p>4.- Otra.</p>	<p>Pregunta directa al paciente ¿Qué religión profesa?</p>	<p>1.- Católica</p> <p>2.- Cristiana.</p> <p>3.- Testigo de Jehová.</p> <p>4.- Otra.</p>
		<p>Escolaridad: Grados educativos que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente (nivel de estudios)</p>	<p>Grado académico o cursado por el paciente al momento de la entrevista</p>	<p>Ordinal :</p> <p>1.- Analfabeta.</p> <p>2.- Alfabeta.</p> <p>3.- Primaria.</p> <p>4.- Secundaria.</p> <p>5.- Preparatoria o equivalente.</p> <p>6.- Profesional.</p>	<p>Pregunta directa al paciente ¿Cuál es el último grado escolar que curso?</p>	<p>1.- Analfabeta.</p> <p>2.- Alfabeta.</p> <p>3.- Primaria.</p> <p>4.- Secundaria.</p> <p>5.- Preparatoria o equivalente.</p> <p>6.- Profesional</p>
	<p>Características económicas: Estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades</p>	<p>Ocupación: Tarea o función que desempeña un individuo en un área específica, la cual puede o no estar relacionada con su profesión</p>	<p>Tipo de ocupación del (a) paciente al momento de la entrevista</p>	<p>1.- Trabaja.</p> <p>2.- Estudia.</p> <p>3.- Hogar.</p> <p>4.- Pensionado(a)/ jubilado(a)</p>	<p>Pregunta directa al paciente ¿Cuál es su ocupación actual?</p>	<p>1.- Trabaja.</p> <p>2.- Estudia.</p> <p>3.- Hogar.</p> <p>4.- Pensionado(a)/ jubilado(a).</p>

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	CONCEPTO	ÍNDICE (ESCALA DE VALORACIÓN)	ÍTEMS	TIPO DE VARIABLE
<p>Funcionalidad Familiar es aquella cualidad de la familia que cumple con los funciones de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad entre sus miembros</p>	<p>1 Familia funcional: Cuando la familia cumple con las funciones básicas y la puntuación obtenida FF-SIL se corresponda con el diagnóstico de familia funcional.</p>	<p>a) Cohesión</p> <p>b) Armonía</p> <p>c) Comunicación</p> <p>d) Adaptabilidad</p> <p>e) Afectividad</p>	<p>Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.</p> <p>Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.</p> <p>Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa</p> <p>Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.</p> <p>Capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar</p>	<p>Familia Funcional De 57 a 70</p>	<p>1 Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia</p> <p>8 Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan</p> <p>2 En mi casa predomina la armonía</p> <p>13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar</p> <p>5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa</p> <p>11 Podemos conversar diversos temas sin temor</p> <p>6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos</p> <p>10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones</p> <p>4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana</p> <p>14 Nos</p>	<p><i>Escala Cualitativa-Cuantitativa</i> Casi nunca 1 pto. Pocas veces 2 ptos. A veces 3 ptos. Muchas veces 4 ptos. Casi siempre 5 ptos</p>

<p>Sobrepeso y Obesidad</p> <p>Acumulación anormal o excesiva de grasa.</p>	<p>2 Familia con riesgo de disfuncionalidad: cuando cumple con las funciones básicas, pero la puntuación obtenida a partir de FF-SIL se</p>	<p>e) Rol</p> <p>f) Permeabilidad</p>	<p>sentimientos y emociones positivas unos a los otros.</p> <p>Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar</p> <p>Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones</p>	<p>Moderadamente Funcional De 43 a 56 Familia</p>	<p>demostramos el cariño que nos tenemos</p> <p>3 En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades 9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado</p> <p>7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes 12 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas</p> <p>Peso(kg)/talla(m2)</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>
--	--	---	---	---	--	-----------------------------

	<p>corresponde con el diagnóstico de familia moderadamente funcional.</p> <p>3. Familia disfuncional: cuando la familia no cumpla con alguna de las funciones básicas o cuando la puntuación obtenida de FFSIL se corresponda con el diagnóstico de familia disfuncional, en cualesquiera de sus dos niveles.</p> <p>Sobrepeso con IMC igual o superior a 25</p> <p>Obesidad con IMC igual o superior a 30</p>	<p>Grado I</p> <p>Grado II</p> <p>Grado III</p>		<p>Disfuncional De 28 a 42 Familia</p> <p>Severamente disfuncional De 14 a 27 Familia</p>		

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES.

RELACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ADSCRITOS A LA UMF1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

MANUAL OPERACIONAL.

1.- El residente de tercer año de medicina familiar, aplicará el test de relación del grado de funcionalidad familiar con sobrepeso y obesidad en pacientes adultos adscritos a la UMF1 del IMSS delegación Aguascalientes.

2.- Se seleccionará de forma aleatoria simple a los 351 usuarios que acudan por cualquier motivo a los 20 consultorios que se encuentran ubicados en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 tanto del turno matutino, como del turno vespertino y al mismo tiempo de identificarlos, se les dará una carta de consentimiento informado, se le explicará que se les realizará una entrevista sobre la funcionalidad familiar.

3.- La entrevista consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, en donde se valora un total de 14 cuestionamientos familiares, correspondiéndoles un valor de 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que ésta a su vez tiene una escala de puntos (cuantitativa), la aplicación del instrumento mostrará el grado de disfuncionalidad y se podrá identificar el área afectada. La información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectará en la atención que le brindan en la Institución.

Se le comunicará 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 corroborará su identidad con su carnet de citas médicas.

Sección I.1. Características Demográficas.

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

Ejemplo:

Teléfono: 9-10-11-12

I.1. f.- UMF de adscripción: en este apartado solo se le pondrá el número de la UMF a la que asistirá, en este caso será la Unidad Médico Familiar No 1.

Ejemplo:

UMF de adscripción

I.1.g.- Número de consultório: Se pondrá el número de consultorio al que pertenece el usuario encuestado y este se obtendrá del carnet de citas médicas de la UMF 1 del IMSS.

Ejemplo:

Número de consultório:

1.1.h.-Turno: se obtendrá del carnet de citas médicas de la UMF 1 del IMSS.

Ejemplo:

Turno:

1. Matutino 2. Vespertino

I.2 - Características sociodemográficas

I.2.a.- Fecha de nacimiento: se obtendrá del expediente electrónico del IMSS, se contemplará a mujeres y hombres seleccionados de forma aleatoria por consultorio, de cualquier edad, se pondrá primero día, después el mes y por último el año,

Ejemplo:

Fecha de nacimiento:

DÍA MES AÑO

I.2.b.-Género: en esta sección de la encuesta se preguntará el sexo de los usuarios.

Ejemplo:

Género:

1. *Masculino*

2. *Feminino*

I.2.c.-Nivel de estudios: En esta sección se le preguntará a los usuarios que si estudió, si contesta que sí, se le preguntará hasta que nivel de estudios terminó, si nos contesta que no, se le preguntará que si sabe escribir o no y se codificará con los números del ejemplo.

Ejemplo:

Nivel de estudio:

5

1. *Analfabeta* 2. *Alfabeto sin escolaridad* 3. *Primaria* 4. *Secundaria*

5. *Técnico profesional*

6. *Preparatoria*

7. *Profesional*

I.2.d.- Estado civil actual: en esta sección se le preguntará a los derechohabientes sobre su estado civil actual y se codificara de acuerdo a su respuesta.

Ejemplo:

4

1. *Casado (a)*

2. *Soltero (a)*

3. *Unión libre*

4. *Divorciado (a)*

5. *Viudo (a)*

I.2.e.- ¿A qué se dedica actualmente? Se preguntará directamente al derechohabiente a que se dedica y se codificará dependiendo su respuesta

Ejemplo:

3

1. *Trabaja*

2. *Estudia*

3. *Hogar*

4. *Pensionado/jubilado*

12.f.- Peso: la información se obtendrá directamente al pesar al paciente, se pondrá el peso que se obtenga el día que se le aplique la encuesta, expresado en kilogramos.

Ejemplo: Peso: 75 kg.

12.g.-Talla: la información se obtendrá directamente al medir al paciente, se pondrá directamente la talla que se obtenga el día que se le aplique la encuesta, expresada en metros.

Ejemplo: Talla: 1.70 m.

12.h.-Índice de masa corporal: la información se obtendrá de dividir el peso entre la talla al cuadrado, se pondrá directamente el índice de masa corporal que se obtenga el día de la encuesta.

Ejemplo: IMC: 27 kg/m²



Sección II Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL

La funcionalidad familiar se refiere a las acciones e interacciones que tienen los individuos en conjunto dentro de la convivencia de una familia. El test de funcionamiento familiar (FF-SIL), es un instrumento para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se realizará al miembro de la familia que, a criterio del médico residente de tercer año, tenga capacidad para responderla; en la encuesta se presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, el encuestado deberá clasificar la respuesta, según la frecuencia en que ocurre la situación. Mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, las cuales se irán describiendo.

II.1 Cohesión

Pretende conocer la unión de la familia, tanto física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas. Sera evaluada al responder las preguntas 1 y 8 del cuestionario.

II.1.a

1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5
----------	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	X	3	4	5
----------	--	---	----------	---	---	---

II.1.b

8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	5
----------	---	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
---	---	---	---	-------------------------------------	---	---

II.2. Armonía

Evalúa la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo, será evaluada al responder las preguntas 2 y 13.

II.2.a

2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5
---	---------------------------------	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---------------------------------	---	---	---	-------------------------------------	---

II.2.b

13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	X	4	5
----	--	---	---	----------	---	---

II.3 Comunicación

Evalúa a los miembros de la familia en cuanto a si son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa, a través de las preguntas 5 y 11.

II.3.a

5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

5 | Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa | 1 | 2 | 3 | 4 |

II.3.b

11 | Podemos conversar diversos temas sin temor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

11 | Podemos conversar diversos temas sin temor | 1 | | 3 | 4 | 5

II.4 Adaptabilidad

Evalúa la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera, mediante las preguntas 6 y 10.

II.4.a

6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos | 1 | 2 | 3 | | 5

II.4.b

10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificará 2, si es a veces se codificará 3, si es muchas veces se codificará 4 y si es casi siempre se codificará 5.

Ejemplo:

10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
----	--	---	---	-------------------------------------	---	---

II.5 Afectividad

Evalúa la capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros, mediante las preguntas 4 y 14.

II.5.a

4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificará 2, si es a veces se codificará 3, si es muchas veces se codificará 4 y si es casi siempre se codificará 5.

Ejemplo:

4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	---	---	---	-------------------------------------

II.5.b

14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	✘	5
----	---	---	---	---	---	---

II.6 Rol

Evalúa a cada miembro de la familia en cuanto a si cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar, a través de las preguntas 3 y 9.

II.6.a

3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	✘	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

II.6.b

9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	✘	5
---	--	---	---	---	---	---

II.7 Permeabilidad

Evalúa la capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones, a través de las preguntas 7 y 12.

II.7.a

7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcara en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
---	--	---	-------------------------------------	---	---	---

II.7.b

12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará en la columna que corresponda dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1 Casi nunca 2 Pocas veces 3 A veces 4 Muchas veces 5 Casi siempre

Para el encargado del proyecto si la respuesta es casi nunca se codificará 1, si es pocas veces se codificara 2, si es a veces se codificara 3, si es muchas veces se codificara 4 y si es casi siempre se codificara 5.

Ejemplo:

12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
----	---	-------------------------------------	---	---	---	---

II.8 Calificación

Una vez que el encuestado concluya el cuestionario, se sumaran los puntos por ítem para obtener un valor numérico, y de acuerdo al resultado, clasificar a la familia, en la interpretación entre menor sea el puntaje habrá mayor afectación de la funcionalidad familiar.

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará dependiendo de la suma obtenida y será:

- 57 a 70 Familia funcional
- 43 a 56 Familia moderadamente funcional
- 28 a 42 Familia disfuncional
- 14 a 27 Familia severamente disfuncional

Ejemplo:

Situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.		1 C A S I N U N C A	2 P O C A S I V E C E S	3 A V E C E S	4 M U C H A S V E C E S	5 C A S I S I E M P R E	
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	X	3	4	5	
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	X	5	
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	X	4	5	
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	X	4	5	
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	X	5	
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	X	5	
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	X	3	4	5	
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	X	
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	X	3	4	5	
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	X	4	5	
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	X	3	4	5	
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	X	2	3	4	5	
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	X	4	5	
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	X	5	
	Sume las columnas	1	8	1 2	1 6	5	
	Sume los subtotales y obtenga el TOTAL						42

Interpretación: 28 a 42 Familia disfuncional

II.8. a Área afectada

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

Ejemplo:

Se tomara de referencia el ejemplo del apartado anterior

Ítems	Área de funcionalidad familiar	Resultado de ítems evaluados	
1 + 8	Cohesión	2+5	7
2 + 13	Armonía	4+3	7
5 + 11	Comunicación	4+2	6
7 + 12	Permeabilidad	2+1	3
4 + 14	Afectividad	3+4	7
3 + 9	Roles	3+2	5
6 y 10	Adaptabilidad	4+3	7

Interpretación: De acuerdo a los criterios que utiliza el instrumento, a menor puntaje obtenido, habrá mayor afectación de la funcionalidad familiar, en este caso el área con mayor afectación es la permeabilidad; lo cual sugiere que la capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones no es adecuada.

ASPECTOS ÉTICOS

Por referirse a un protocolo en el área médica nos apegaremos a lo establecido en el Reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. En este estudio, según lo establecido en el artículo 13, se cuidaran los derechos, bienestar y dignidad de los(as) pacientes, por lo que se evitaran juicios o comentarios acerca de las respuestas consignadas en los cuestionarios, así como se asegurara la confiabilidad de los datos. La participación será voluntaria, individual y anónima, esto en el marco del artículo 14. Dentro de este estudio no existe riesgo para los sujetos participantes, ya que no es un protocolo de intervención o invasión (artículo 17). Se agrega la carta de consentimiento informado para este estudio.

Recursos, Financiamiento y Factibilidad

Recursos humanos

Investigador principal (asesor teórico-metodológico)

Investigador asociado (tesista)

Recursos tecnológicos y materiales

Computadora personal

Impresora

Conexión a internet

Programas de software, (programa estadístico SPSS v21)

Bascula

Cinta métrica

Calculadora

Fotocopias

Hojas para impresión

Lápices y bolígrafos

Presupuesto

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



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

Nombre del estudio: RELACIÓN DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ADSCRITOS A LA UMF 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

Aguascalientes, Ags., ____/_____/2015/

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:

Justificación y objetivo del estudio: lo (a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en el servicio de medicina familiar de la UMF no 1 delegación Aguascalientes. Usted ha sido elegido para participar en un proyecto de investigación en pacientes con sobrepeso y obesidad, por lo que su participación es fundamental.

Procedimiento: responder un test de percepción de la funcionalidad familiar conocido como FF SIL.

Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario, la molestia en este caso sería únicamente proveer unos minutos para contestar las preguntas del cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: un posible beneficio es que su participación en este estudio le proporcione información sobre el estado de salud. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de la enfermedad y futuros programas de prevención, etc.

Información de resultados y alternativas de tratamiento: el investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Participación o retiro: su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS, es decir, su decisión no afecta la relación con el IMSS ni sus derechos de obtener los servicios de salud necesarios.

Privacidad y confidencialidad: cuando los resultados de este estudio sean publicados no se dará a conocer información sobre su identidad, la cual siempre será protegida. Esto se efectuará asignándole un número para identificar sus datos en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio:

Investigador responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez, Departamento de Coordinación de Enseñanza teléfonos 449 9139050, correo electrónico: draanahortensia@hotmail.com

Tesista: Dr. Esteban Julián García Valdez, matrícula 99014855, residente de medicina familiar, unidad de medicina familiar no 1, delegación Aguascalientes, celular 449 1293818, correo electrónico: teju@hotmail.com

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación: si usted tiene dudas o preguntas sobre sus derechos al participar en un estudio de investigación, puede comunicarse con los responsables de la comisión de ética de Investigación del IMSS, a los teléfonos 56276900 – 21216 de 9:00 a 16:00 horas o al correo electrónico: conise@cis.gob.mx. La comisión ética se encuentra ubicada en el Edificio del Bloque B, Unidad de Congreso piso 4, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330 colonia doctores, CP. 06725, México D.F.

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 llevarán a cabo, riesgo, beneficio o aclaración relacionada con el proyecto de investigación. Al firmar este estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

Testigo

