



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE CON
OBESIDAD DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD DE ÁREAS DE NUTRICIÓN DE UMF DEL
ÁREA METROPOLITANA DE LA CD DE AGUASCALIENTES**

PRESENTA:

DRA. CRISTINA CARMONA VELÁZQUEZ

ASESOR:

DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ MONTOYA

AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO DE 2011.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES
Commemoración del Bicentenario del inicio de la Independencia de México
y del Centenario de la Revolución Mexicana

CRISTINA CARMONA VELÁZQUEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

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:

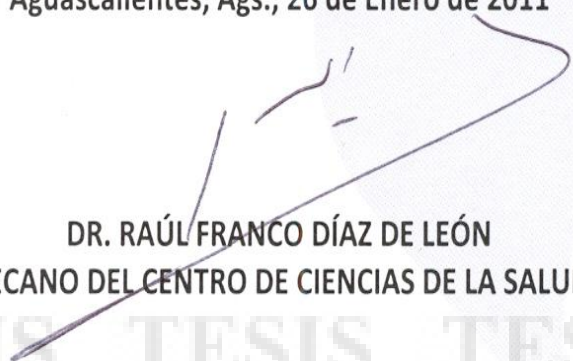
“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE CON OBESIDAD DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD DE ÁREAS DE NUTRICIÓN DE UMF DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA CD DE AGUASCALIENTES”

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., 26 de Enero de 2011



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



CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

**DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACION
PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que Residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación de Aguascalientes.

CRISTINA CARMONA VELAZQUEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE CON OBESIDAD DE
10 A 14 AÑOS DE EDAD DE UMF DEL AREA METROPOLITANA DE LA CD DE
AGUASCALIENTES**

No. De registro: R-2010-101-16

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente Cristina Carmona Velázquez asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegados al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

Atentamente

Dr. Marco Antonio López Montoya

Ccp. Dr. Alejandro Farías Zaragoza. Coordinador delegacional de educación médica.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION

Aguascalientes, Ags., a 24 de enero de 2011

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS
CORDINADOR DELEGACIONAL DE CENTRO DE INVESTIGACION

Por medio de la presente le informo que Residente de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación de Aguascalientes.

CRISTINA CARMONA VELAZQUEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE CON OBESIDAD DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD DE UMF DEL AREA METROPOLITANA DE LA CD DE AGUASCALIENTES

No. De registro: R-2010-101-16

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

La residente Cristina Carmona Velázquez asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegados al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Marco Antonio Lopez Montoya

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE CON OBESIDAD DE
10 A 14 AÑOS DE EDAD DE AREAS DE NUTRICION DE UMF DEL AREA METROPOLITANA
DE LA CD DE AGUASCALIENTES**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CRISTINA CARMONA VELÁZQUEZ

ASESOR

DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ MONTOYA

SINODALES

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

SINODAL 1: _____

SINODAL 2: _____

SINODAL 3: _____



**DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por la vida y el permitirme vivirla con todos sus logros y sus caídas y por las manos que muchas veces me han ayudado a levantarme y continuar.

A mi hijo Fernando: porque que a pesar de extrañarme y a pesar de su corta edad su respuesta al hablarle del tema siempre fue “No te preocupes Mami te entiendo muy bien, yo estoy bien”, ocultando algunas veces sus lágrimas.

A mis padres Consuelo y Salvador: por su apoyo incondicional y el respeto que siempre tuvieron a cada una de mis decisiones, permitiéndome cometer mis propios errores y aprender de ellos y por su alegría desbordada en mí, al festejar mis Triunfos.

A mis hermanas Maricruz y Mariana: por ser compañeras, amigas y hermanas de mi hijo y por hacerme ver la vida a través de sus ojos inocentes cuando sentía que la tormenta estaban por llegar, y cantar bajo la lluvia sin miedo a mojarme.

A ti hermosa mujer Elisa que junto con ese marido excepcional Francisco y ejemplo a seguir que aunque ya no están conmigo, sembraron la semilla desde mi infancia para realizar esta profesión y nunca desistir “Los llevo en mi corazón por siempre”.

A mi asesor Dr. Marco Antonio López Montoya: por su apoyo incondicional durante estos tres años por que más que un asesor, fue amigo, maestro y consejero, permitiéndome lograr lo que ahora tengo y dándome las herramientas para continuar superándome.

A mis compañeros y amigos: que gracias a muchos se pudo lograr este trabajo y no puedo dejar de mencionarlos, Laura Huerta, Eduardo Carmona, Iris

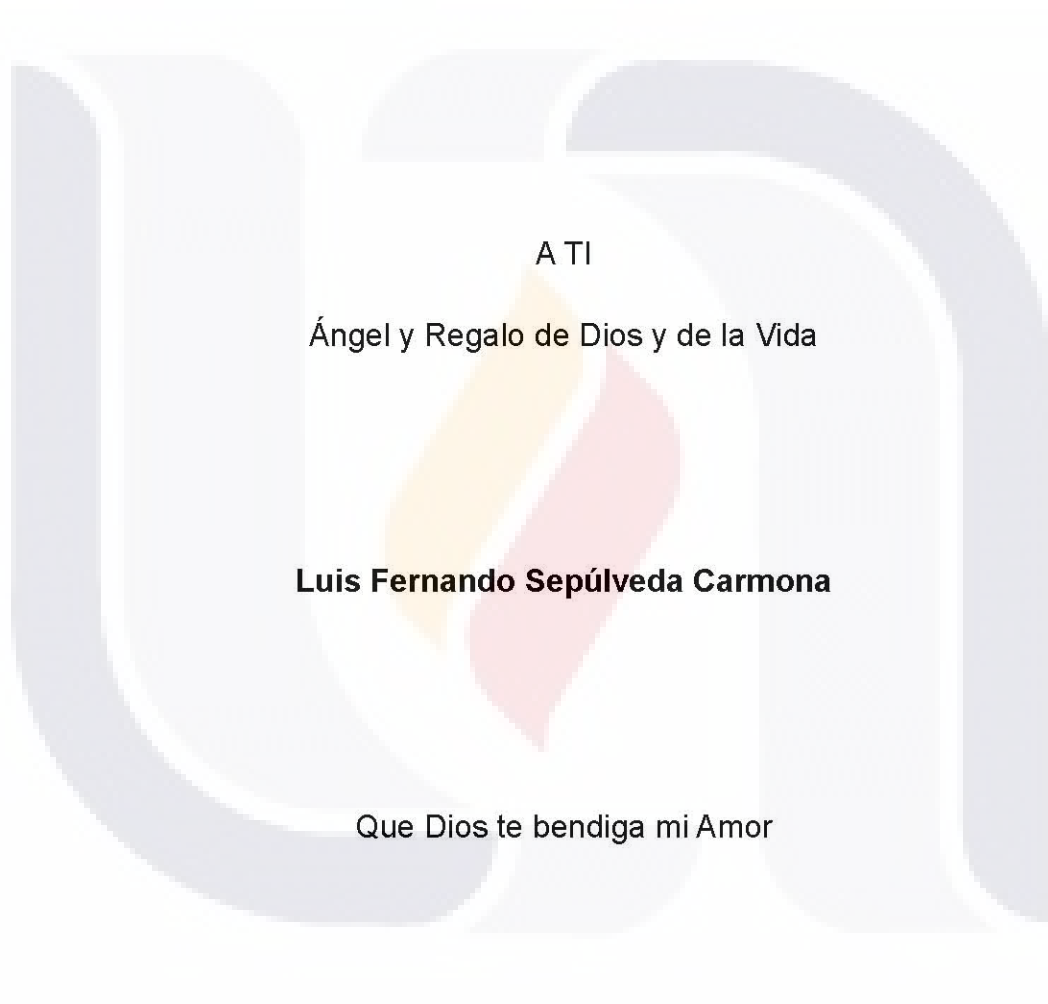
García, Roció Ponce y Daniel Hernández por su tiempo, dedicación y el apoyo que me dieron para realizar este trabajo.

Y a los amigos que estuvieron conmigo desde el inicio hasta el final de la especialidad soportando mis malos momentos y disfrutando conmigo todas las alegrías hasta la más mínima de ellas y hacerme parte de su familia, Gracias Karla Muro, Azahel Carranza y José Hernández.

A médicos y compañeros de diferentes servicios como; enfermería, coordinación, secretarías y biblioteca en especial Ruth Brito que dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y del servicio social de una u otra manera facilitaron mi aprendizaje durante la especialidad y la realización de este trabajo.

A TODOS LOS LLEVARÉ POR SIEMPRE EN MI MEMORIA.

DEDICATORIA



A TI

Ángel y Regalo de Dios y de la Vida

Luis Fernando Sepúlveda Carmona

Que Dios te bendiga mi Amor

INDICE

Agradecimientos.....	v
Dedicatoria.....	vii
Índice.....	viii
Resumen.....	x
I.- Introducción.....	1
II.- Planteamiento del Problema.....	3
III.- Antecedentes Científicos.....	12
IV.- Marco Teórico y conceptual	14
V.- Justificación.....	29
VI.- Objetivos.....	31
VII.- Material y Métodos.....	32
VII.1.- Diseño Metodológico	32
VII.2.- Criterios de Selección.....	32
VII.3.- Tipo de Estudio	32
VII.4.- Universo y Muestra	33
VIII.- Plan de Recolección de Datos “Tipo de Instrumento”.....	34
IX.- Logística.....	35
X. Definición de Variables.....	36
XI. Plan de análisis de datos.....	37
XII.- Prueba Piloto	37
XIII.- Consideraciones Éticas.....	38
XIV.- Resultados.....	39
XV.- Discusión.....	43
XVI.-Conclusiones.....	44

ANEXO 1 Instrumento	45
ANEXO 2 Carta de consentimiento Informado	70
ANEXO 3 Cronograma de Actividades.....	71
ANEXO 4 Operacionalización de Variables.....	72
Bibliografía.....	75



RESUMEN

Título: Percepción de la funcionalidad familiar en el adolescente con obesidad de 10 a 14 años de edad en áreas de nutrición de UMF del área metropolitana de la Cd. de Aguascalientes.

Antecedentes: En el 2006 Chavarría Manzo encontró que el grado de disfunción familiar en adolescentes obesos es de 42 a 46%. A un y a pesar de esto existe la controversia en otro estudio el cual revela que las diferencias de los adolescentes obesos con los no obesos su funcionalidad familiar no tiene diferencias significativas. En México La ENSANUT 2006 muestra cifras del aumento de la prevalencia de la obesidad en adolescentes de 31.1% adolescentes masculinos y 32.5% de adolescentes femeninos.

Objetivo: Describir la percepción de la funcionalidad familiar de los Adolescentes obesos de 10 a 14 años adscritos a las áreas de nutrición de las UMF del área metropolitana de la Cd. De Aguascalientes.

Material y Métodos: Se realizará un estudio transversal descriptivo con una muestra de 333 adolescentes con obesidad de las áreas de nutrición de las UMF de la zona metropolitana de Aguascalientes. Será evaluado con la Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel con las dimensiones de la funcionalidad familiar.

Resultados: El resultado global fue que el 56% de las familias son funcionales de los cuales el 36% son mujeres y del 44% de familias disfuncionales el 26% son mujeres. La Chi cuadrada encontrada fue de 10.14 y una $p=0.012$.

Palabras clave: Percepción, funcionalidad familiar y adolescentes con obesidad.

I.- INTRODUCCIÓN

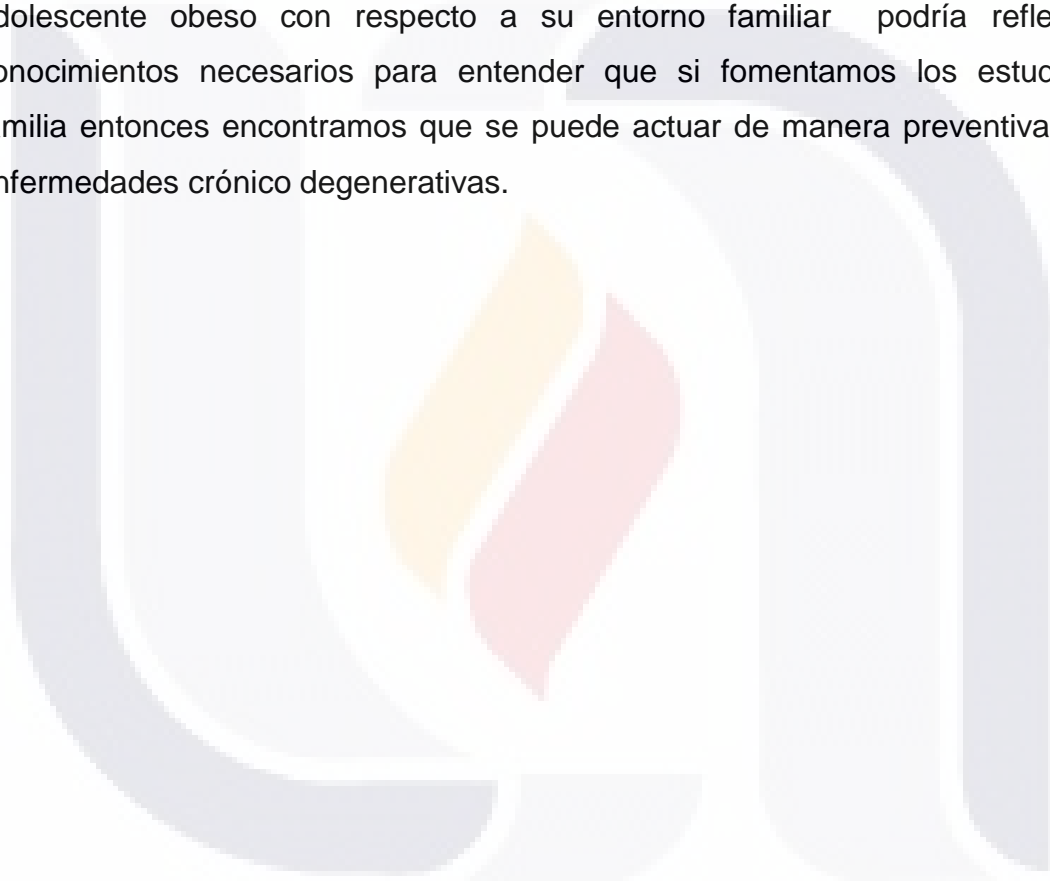
La etapa de Adolescencia considerada una etapa de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, tiende a ser de cierta manera olvidada por la sociedad y los sistemas de salud haciendo más énfasis en personas de la edad adulta o niñez. La obesidad es un padecimiento que ha ido en aumento en las últimas décadas de manera acelerada y desde la infancia, lo cual es alarmante porque esto cambia la edad de presentación de las enfermedades crónico degenerativas y por lo tanto se va en retroceso los objetivos de la atención primaria en salud que es prevención y atención oportuna a la población.

La Teoría general de sistemas expuesta por Von Bertalanffy da una explicación de la organización de muchos fenómenos naturales, convirtiéndola en el modelo predominante en los estudios de familia, de ahí que Minuchin considera a la familia como un sistema abierto, porque es dinámico y cambia sus dimensiones evaluadas como son la jerarquía, los roles, las alianzas, centralidad, límites, modos de control de conducta, afectos, comunicación y psicopatología, las cuales pueden cambiar cuando ocurren las crisis familiares. La adolescencia es una crisis por lo que cambia mucho sus dimensiones antes mencionadas, además cambia la perspectiva que tiene de su familia.

La percepción también se basa en la teoría general de los sistemas en donde menciona que el "todo" que vemos es algo más estructurado y coherente que un grupo de fragmentos aislados; la forma es más que la simple unión de los fragmentos, se asume como el principio de la sinergia en la teoría general de los sistemas, que postula que el "todo" es mayor que la suma de sus partes y que las partes individualmente no explican la conducta del "todo" o sistema.

La percepción es la interpretación y comprensión del todo que se está observando basándose principalmente en las experiencias ya obtenidas en su entorno.

La entrevista de Emma Espejel en el cual se estudia o se trata de tomar en cuenta todas las dimensiones que pueden estar afectadas en la familia para así mejorar el funcionamiento de la misma ya que esta entrevista toma en cuenta lo anteriormente mencionado y por lo tanto estudiar la perspectiva que tiene el adolescente obeso con respecto a su entorno familiar podría reflejar los conocimientos necesarios para entender que si fomentamos los estudios de familia entonces encontramos que se puede actuar de manera preventiva de las enfermedades crónico degenerativas.



II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE CON OBESIDAD DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD DE AREAS DE NUTRICION UMF DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CD DE AGUASCALIENTES

Sujeto de estudio: adolescentes con obesidad

Objeto de estudio: Percepción de la funcionalidad familiar

Contexto: Área Nutrición de la UMF de la zona metropolitana de la Cd de Aguascalientes

Para el 2006 había en México 22, 190,481 adolescentes, correspondiente al 20.63% de la población total, los adolescentes casados hombres 11.4% y mujeres 25.5%. El 92.6 % de la población de 12 a 14 años acuden a la escuela, el 6.3% no estudian ni trabajan ⁽¹⁾. En 1997 en México, 68.8% de las y los adolescentes vivían en hogares dirigidos por uno de sus padres, La proporción de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que son jefes de hogar es de 2.3% en los hombres y 2.6% en mujeres. Las y los adolescentes en situación de orfandad y de calle es un problema básicamente urbano con una tendencia ascendente, son una población calculada en alrededor de 130,000 personas por el DIF nacional aunque hay investigaciones que marcan hasta 400,000 en todo el país ⁽⁷⁾. En México tenemos una población adolescente derechohabiente al IMSS de 5, 882,355 de los cuales de acuerdo a la Encuesta nacional de salud y Nutrición del 2006 la prevalencia de obesidad en adolescentes es de 31.1% en hombres y 32.5% en mujeres. ⁽⁴¹⁾. En el censo de población del municipio de Aguascalientes del 2005 tenemos 120,280 adolescentes de 10 a 14 años de los cuales son mujeres 59.464 y hombres 60,816 de este total los derechohabientes del IMSS son 52.194 de los cuales son hombres 26,497 y mujeres 25,697 y no contamos con una estadística de obesidad en adolescentes ⁽⁴²⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

López y Macilla argumentan que los pacientes obesos presentan una familia disfuncional, por lo tanto es importante en el tratamiento de la obesidad incluir un estudio de familia y tratar también a la familia disfuncional. ⁽³⁾ Otro autor describe en un estudio que los adolescentes obesos la mayoría de los jóvenes presentar disfunción triangular. Los adolescentes en otros países presentan funcionalidad familiar en más de la mitad considerada como no saludable con el FACES III. ⁽³⁴⁾ La conducta alimentaria se ha visto afectada por la dinámica familiar que afecta su homeostasis y autoimagen corporal del joven, dichos factores son de gran importancia para ser evaluados en la atención primaria de salud. ⁽⁵⁾ Por otro lado la obesidad es un problema que ha ido en aumento en las últimas décadas, y en Querétaro se estudiaron dos grupos adolescentes obesos y no obesos en donde no se encuentra un resultado o diferencia significativa solo un 49% de funcionalidad familiar en los adolescentes obesos y un 53% de función familiar limítrofe en adolescentes no obesos. ⁽¹⁸⁾

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en Aguascalientes cuenta con 2 hospitales generales de zona de segundo nivel, 10 Unidades de medicina familiar con médicos familiares. En otras delegaciones el IMSS cuenta con guías de familias con hijos adolescentes llamada Consultorio Familiar en la cual se encuentra una recopilación de preguntas más frecuentes que los padres se hacen sobre el comportamiento de sus hijos, La guía de la salud del adolescente de 10 a 19 años, en la cual se incluye: a) Educación para la salud, b) Nutrición, c) Prevención y control de enfermedades, d) Identificación oportuna de enfermedades, e) Salud reproductiva y f) Esquema básico de vacunación. Además en el IMSS se encuentra un programa para adolescentes llamado JUVENIMSS cuya finalidad es hacer promotores de adolescentes los cuales son capacitados para realizar actividades y platicas en las escuelas y así promover la salud del adolescente, en dicha capacitación se incluye 16 sesiones que hablan sobre temas como haciendo valores, autoestima, consejería, programas integrados de salud, salud sexual con enfoque de género, salud reproductiva,

prevención de enfermedades, prevención de la violencia familiar, prevención de adicciones, identificación oportuna de enfermedades, salud bucal, alimentación saludable, actividad física y plan de vida. No contamos con un programa para adolescentes obesos. ⁽¹⁵⁾.

En la secretaria de salud se cuenta con un programa nacional de acción a la atención a la salud de la adolescencia (ISBN 970-721-030-1). ⁽⁷⁾ Además emitió en 1994, la Norma Oficial Mexicana para el control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño y del adolescente, tomando como referencia las normas internacionales de la OMS y el Nacional Center for Health Statistics (NCHS), cuyo objetivo es “establecer los criterios para vigilar el estado de nutrición y crecimiento de la población desde el nacimiento y hasta los 19 años”. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el Manejo Integral de la Obesidad. DOF 12 Abril del 2000. México: DOF ⁽³⁶⁾.

Todo lo anterior de gran ayuda para la atención integral del adolescente y la familia del mismo, así como la orientación y mejora de la su salud.

La obesidad en niños y adolescentes aumenta en forma alarmante en todo el mundo, en Estados Unidos Gortmaker y cols. Encontraron un incremento de sobrepeso de 39% y de un 64% de obesidad en adolescentes entre 12 y 17 años de edad entre el año 1976 y 1980⁽³⁵⁾. La familia se puede percibir como entidad de manera positiva o negativa para el adolescente y su control tanto de la ansiedad y la alimentación desmedida. Con una promoción y análisis de los adolescentes y sus familias con los programas con que se cuenta, se puede dar una orientación oportuna sobre la alimentación y el manejo de conflictos en familias disfuncionales y muchos otros factores que alteran la dinámica familiar del adolescente ⁽⁷⁾. Las disfunciones familiares como la disfunción triangular, la mayor desaprobación en la conducta alimentaria, son factores de la dinámica familiar que se encuentran interrelacionados con la obesidad y sobrepeso del adolescente ⁽⁵⁾. Sin en cambio en otro estudio realizado se encontró que no existe relación entre la

obesidad y la funcionalidad familiar ya que se compararon los obesos con los no obesos de los cuales no tuvieron diferencias significativas. ⁽¹⁸⁾.

Los adolescentes, como su nombre lo indica adolecen de múltiples situaciones, se encuentran vulnerables al medio ambiente que les rodea principalmente la dinámica familiar, esa vulnerabilidad hace que sea más difícil el manejo de los conflictos, además de ser una etapa de cambio en la cual presentan dudas sobre su personalidad, autoestima, identidad de género y etc. Por lo tanto los adolescentes son los más afectados si la funcionalidad familiar es positiva o negativa y la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa ^(7,9). La obesidad en el mundo y en el adolescente ha alcanzado cifras alarmantes y ha llegado a convertirse de una epidemia a una pandemia. Aunque en años anteriores se le consideraba a la obesidad como un problema exclusivo de países desarrollados, actualmente es una enfermedad que aqueja inclusive a los países en vías de desarrollo. ⁽³⁶⁾ Además de que la funcionalidad familiar analizada en un estudio en el 2006 con FACES III encuentra que el 89% de las familias son disfuncionales. ⁽³⁰⁾ Por lo tanto la obesidad a nivel mundial aumento su prevalencia, la funcionalidad familiar de igual manera, ahora queda resolver la incógnita de que si estos dos problemas de salud tienen o se encuentran presentes a la par en las familias en este estado.

En un análisis de la funcionalidad familiar de los adolescentes obesos sobre como perciben su dinámica familiar consideran que su familia es disfuncional en mayor número de ellos comparados con los no obesos. ⁽⁵⁾ Se considera de gran importancia la familia en el adolescente, puesto que una dinámica familiar disfuncional conduce a la obesidad, ya que esta produce ansiedad y aumenta la necesidad de comer para calmarla. Además Se ha estudiado la funcionalidad familiar con instrumentos que no incluyen todas las dimensiones importantes de la familia como el de Emma Espejel, en donde se detectaría las dimensiones más afectadas del mismo. La obesidad se ha convertido en un problema de proporciones epidémicas, el comer excesivamente,

la falta de ejercicio y los estilos de vida sedentaria trae como consecuencia la obesidad y el aumento en la mortalidad y el desarrollo de diferentes padecimientos como enfermedad coronaria, Diabetes Mellitus 2, cáncer, apoplejía, entre otras ⁽³⁾. La prevalencia de la obesidad en las últimas décadas se ha convertido en la enfermedad nutricional crónica no transmisible más frecuente. La Obesidad en la población infantil persiste en la adolescencia hasta en un 80%, por lo tanto el riesgo de adquirir las enfermedades crónicas degenerativas mencionadas también aumenta y el rango de edad de aparición de las mismas también sería en la población más joven. ⁽¹⁰⁾.

Factores que pueden influir en el problema:

Relacionados con el adolescente: La etapa de la adolescencia es una etapa de cambio en donde funcionalidad familiar es un pilar en la conducta del adolescente tanto alimentaria, psicológica, social, 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 o no de uno de los padres y los roles de cada uno de los integrantes de la familia son factores que influyen en la problemática de la funcionalidad familiar ⁽¹²⁾

Relacionados con el sistema de atención de salud: Las instituciones de salud tienen programas que ya fueron mencionados anteriormente pero la operación bien estructurada y la operación tiene ausencia de los mismos para la capacitación orientación y definición del rol que juega el adolescente dentro del núcleo familiar, además que no existe un programa de grupo para adolescentes sobre todo los que tienen algún tipo de conflicto emocional como lo es la obesidad que puede generar un problema de salud más grave ^(7, 15).

Relacionados con los padres: Si los padres tienen tiempo y espacio de calidad que se dedique al adolescente, todo su desarrollo y su funcionalidad familiar será mejor. Si los padres son divorciados o existe la ausencia de uno de ellos que es considerada una crisis familiar en la que cambia la dinámica, la jerarquía, los roles,

la comunicación y etc., la profesión, enfermedades crónicas que padezcan los padres, la ansiedad de los padres transmitida a los hijos, la hostilidad que entre ellos exista, la triangulación y la comunicación de los padres hacia los hijos son factores determinantes que influyen el problema. ^{(5, 12).}

Relacionados con la sociedad: La información transmitida por los medios de comunicación, los compañeros de escuela, la cultura, la religión, pueden influir en los roles y dinámica familiar tanto de manera negativa como positiva. ^{(16,13).}

La funcionalidad familiar, tiene gran importancia en la obesidad de los adolescentes ya que dicha obesidad es una respuesta específica a dificultades del desarrollo, a conflictos psíquicos subyacentes, a interacciones padres-hijos, que no tienen nada de específicas y pueden dar lugar a otras manifestaciones psicopatológicas o psicosomáticas. Además el concepto de obesidad se debe de entender no es un problema individual que sufre una persona sino que es una forma de funcionamiento donde la familia tiene un peso importante tanto por su etiología como por su posterior tratamiento. Por otro lado se encuentran estudios donde no hay una relación con funcionalidad familiar y adolescencia y otros donde aseguran que si existe mayor disfunción familiar en adolescentes obesos. En México La encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 muestra cifras alarmantes del aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos siete años, de un 42.5% en los hombres y 37.4% en las mujeres por lo que es importante estudiar la funcionalidad familiar y la adolescencia para así utilizar un tratamiento multidisciplinario y prevenir enfermedades consecuencia de estos tres aspectos de la población ⁽¹⁷⁾. Es de gran importancia realizar una entrevista de la funcionalidad familiar en los adolescentes y así obtener la información necesaria para solucionar el problema, ¿está presente o no la disfunción familiar en los adolescentes con obesidad de la zona metropolitana de la Ciudad de Aguascalientes? empezando por las UMF para obtener la información necesaria para emprender programas que ayuden a resolver el problema que ha aumentado en los últimos años.

Chavarría Manzo Rosalía y Cols (Obesidad, autoestima y funcionalidad familiar en adolescentes, Simposio 2006 de Querétaro) analizaron a 90 escolares en un estudio transversal comparativo entre obesos y no obesos en el cual se utilizó el FACES III para funcionalidad familiar donde se aplicó la estadística descriptiva con prueba de Chi², con un valor de alfa 0.05, en el cual se concluye que no hay ninguna relación entre la funcionalidad familiar de los obesos con los no obesos ⁽¹⁸⁾.

Sibel, A; Quiles, I; Barris, J; Bassas, N; Tomas, J (2001) (Perfil psicopatológico y relacional de las familias con la obesidad) En este estudio la muestra fue de 63 familias con adolescentes obesos de edades comprendidas entre los 12 y 18 años, con un análisis estadístico de SPSS, el material fue con una entrevista semiestructurada para recoger la historia clínica y las características psicopatológicas y dinámicas de las familias de los adolescentes. Los cuestionarios utilizados fueron BECK, STAI y GOLDBERG, los resultados obtenidos en el rubro de la familia se encontró que las familias fueron clásicas (primitivas o aglutinadas), existe poca diferenciación jerárquica entre sus miembros, ausencia de autoridad paterna, familias sin límites. ⁽⁶⁾

Daniela Carrasco Dell, Obesidad y Adolescencia: exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. Estudio realizado en la Universidad de Diego Portales, Santiago Chile en 2008, donde se estudia con la entrevista clínica, TO, PBI y OQ45 donde se analizan a los considerados obesos y no obesos en donde la relación paterno filial considerada como parte de la evaluación de la funcionalidad familiar se obtuvieron los siguientes resultados; Percepción de la relación con el padre de los obesos es de insatisfactoria en el 60% y en el de no obesos es de 44%, en la relación con la madre insatisfactoria los obesos en un 56% y los no obesos el 24%, los obesos que se sienten insatisfechos con su familia son el 56% y los no obesos son el 36%. Por lo tanto no es una diferencia muy significativa ⁽²¹⁾

La funcionalidad familiar tiene gran importancia en la generación de múltiples trastornos en la adolescencia sobre todo de la obesidad, además se pretende que la información obtenida ayude a la formación de programas de adolescentes obesos que han existido de manera empírica en el instituto y además de que se realice estudios de familia donde se detecten todos los problemas que el adolescente pueda tener ya que el grado de disfunción familiar nos lleva a múltiples problemas como son la ansiedad, autoestima baja, depresión, alteraciones en la alimentación etcétera. El grupo más vulnerable es la adolescencia por lo que es importante incluir mas estudios y tener bases que sustenten que la familia y su funcionalidad son el origen de estos trastornos antes mencionados y de esta manera poder actuar sobre el origen de la enfermedad y así evitar las consecuentes enfermedades crónico-degenerativas de la edad adulta y lograr los objetivos de la atención primaria en salud en las unidades de medicina familiar con acciones preventivas.

Adolescencia: Se considera a la adolescencia como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta y se caracteriza por los cambios biológicos físicos y sociales además de ser un periodo de crecimiento y desarrollo físico, emocional, cognitivo y emocional rápido y la OMS cronológicamente lo define como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años, adolescencia temprana de 10-14 y adolescencia tardía 15-19 años.

Obesidad: De acuerdo a la NOM. (2007), La obesidad, se define “como una enfermedad crónico no transmisible que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo, que se genera cuando el ingreso energético (alimentario) es superior al gasto energético (actividad física) durante un período suficientemente largo; se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25. SSA.NOM (2000).⁽³⁶⁾Se diagnostica cuando el tejido adiposo representa el 25% o más del peso del cuerpo en los hombres y el 30% o más en las mujeres. Se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puede clasificar como leve 20-40% de sobrepeso, moderada de 41-100%, y mórbida por arriba del 100%.

Funcionalidad familiar: la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis normativas y paranormativas por las que atraviesa ⁽¹²⁾. Estudia la dinámica familiar y los roles que tiene cada uno de sus miembros en sus distintos subsistemas ⁽¹³⁾.

Percepción: es la capacidad del ser humano para ver todas las cosas de manera global, seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones en base a los recuerdos y experiencias previas. Está basada principalmente en La Teoría de Gestalt en la cual se engloban la figura y forma, la bondad del objeto y la ley de agrupación.

Pregunta a investigar

¿Cómo percibe el adolescente con obesidad de 10 a 14 años de edad su funcionalidad familiar en las áreas de nutrición de UMF del área metropolitana de Aguascalientes?

III. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Obesity and Adolescence: exploration of relational and emotional Aspect: Daniela Carrasco Dell, de la universidad de Diego Portales en Santiago de Chile en el año 2009 realizaron un estudio cualitativo con una entrevista clínica TRO; PBI Y OQ45 a dos grupos de adolescentes con y sin diagnostico de obesidad, un grupo de estudio y un grupo control respectivamente con un n=25 en una edad de 14 a 18 años. En el presente estudio los resultados de importancia se encontró que el 64% de los adolescentes con sobrepeso lo relacionan con algún acontecimiento importante de su historia de vida tales como duelos de muerte en la familia cercana, accidentes en la familia cercana, enfermedades en la familia cercana, cambios del sistema de vida como cambio de ciudad o colegio. Por otro lado se refiere que los padres son emocionalmente fríos, indiferentes y negligentes, además de ser controladores, intrusivos con un contacto excesivo que infantiliza y dificulta la conducta autónoma de sus hijos. El 28% de las madres y el 32% de los padres presentan este tipo de vínculo. La relación con el padre la consideraron como insatisfactoria en un 60% en el grupo de obesos y el 44% en el grupo de no obesos. El 56% relación fue considerada como insatisfactoria con la madre en el grupo de obesos y el 24% en el grupo no obesos. El 56% de los adolescentes opinan que están insatisfechos con su familia en el grupo de obesos y el grupo no obesos solo el 36%.⁽²¹⁾

Adolescent Overweight and obesity: links to Food insecurity and individual, maternal, and Family Stressors. Brenda J. Lohman, Ph. D. etals. 2009. Realizado en la Universidad de Illinois y publicado en la revista de Journal of Adolescent Health 45 (2009) 230-237. Se estudiaron a 1011 estudiantes de 10 a 15 años y sus madres en la familia con un método de estudio llamado Three-City Study el cual aporto resultados en donde mencionan que el nivel familiar (funcionalidad familiar) no tienen un impacto considerable dentro de los adolescentes obesos.⁽⁴⁾

Perfil Psicopatológico y Relacional de las Familias con Obesidad, Sibel, A; Quiles, I; Barris, J; Bassas, N; Tomas, J (2001). Se realiza un estudio en 63 familias con adolescentes obesos de edades comprendidas 12 y 18 años. El grupo experimental ha sido seleccionado aleatoriamente del conjunto de pacientes visitados en el servicio de endocrinología del Hospital Materno-Infantil Vall D Hebron según los criterios pautados de inclusión y exclusión. Cuyo objetivo es detectar si aparece psicopatología parental, básicamente materna y Realizar un análisis descriptivo de la estructura dinámica y el tipo de comunicación en las familias con adolescentes obesos. Analizado con paquete estadístico de SPSS, con entrevistas semiestructuradas de BECK, (Beeck Depression Inventory) STAI (State-Trait Anxiety Inventory) GOLDBERG (Golberg Health Questionarie). Los resultados más favorables fueron en el ambiente de clima familiar y comunicación: Familias clásicas (primitivas-primitivas). Poca diferenciación jerárquica entre sus miembros, posición periférica de la figura paterna: ausencia de autoridad paterna, Familia sin límites (ni educativos ni de alimentación), comunicación basada en lo comportamental y somático⁽⁶⁾.

IV.- MARCO TEORICO

OBESIDAD ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública mundial, de ser una epidemia se convirtió en pandemia y no solo afecta a países desarrollados como lo era antes sino también a países en vías de desarrollo y se extiende a los sectores más desprotegidos de la población. La organización mundial de la salud (OMS) la ha calificado como la “epidemia en expansión” (EUFIC, 2007). La obesidad afecta a todas las edades, pero ha tenido un aumento en la población adolescente que podría estar precedida desde la infancia y prolongarse en la edad adulta, como consecuencia de esto existe un aumento en las enfermedades crónico degenerativas y por lo tanto la morbi-mortalidad de la población en general.

La obesidad ha sido considerada como una enfermedad de etiología biológica y se ha llevado el tratamiento enfocado principalmente en las dietas, medicamentos, ejercicio y etcétera, Sin embargo es oportuno relatar que según Bray, G (1985) las células de obesos trasplantadas a sujetos delgados y viceversa responden a las características físicas del receptor, perdiendo las cualidades del donante. Además los gemelos univitelinos repartidos entre familias obesas y delgadas, responden con el tiempo y durante el desarrollo al nuevo patrón familiar. Ambos ejemplos son bastante concluyentes en demostrar que tanto la célula como la persona dependen más de conducta y medio ambiente tanto familiar como social que de código genético en lo que a la obesidad se refiere. Por lo tanto la solución al problema de la obesidad no se encuentra en recetas, métodos, dietas, sino en un estudio integral y específico de los diversos factores sociales en donde se incluye la dinámica familiar.⁽³⁶⁾

La adolescencia se considera como una etapa del desarrollo humano que presenta una serie de desafíos en la indispensable adaptación que el adolescente debe hacer frente a si mismo. Frente a su cuerpo y frente al medio. Además es una etapa en la que resulta difícil diagnosticar salud y normalidad, ya que la propia

adolescencia modifica la forma en que se presentan los denominados trastornos o enfermedades. ⁽²¹⁾

La presencia de obesidad en la adolescencia, después de descartar otras patologías primarias, fue conceptualizada desde la perspectiva de que el cuerpo es una unidad psicosomática y se plantea la interrogante si la obesidad puede ser considerada con o la expresión de dificultades de autorregulación de estados afectivos inconscientes y preconscious, frente a los cuales la alimentación surgiría como una forma de lograr un estado interno de equilibrio emocional. La psicosomática son las enfermedades físicas en cuyo determinismo o en cuya evolución influyen factores psíquicos o conflictivos relacionados íntimamente con las crisis familiares. ⁽²¹⁾

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad. ⁽³³⁾

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma recíproca, reiterativa y dinámica. En la cual es importante evaluar:

a) Jerarquía: son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad. Los hijos adolescentes es normal que traten de intervenir en las decisiones que les involucra como es permisos, dinero, uso del coche, etcétera, ya que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no

estarán en disposición de negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema.

b) Alianzas: Se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Los tipos de acuerdo con S. Minuchin son: 1) triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder; 2) coalición estable, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna; 3) desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio); y 4) desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se “vuelcan” sobre el hijo que se convierte en motivo de unión.

c) Límites: Hacen alusión a los aspectos de cercanía/ distancia entre las personas o los subsistemas. Son fronteras, membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etcétera. Su función consiste en marcar una diferenciación y su clara definición es fundamental. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que forman una masa amorfa; este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable, y no sale de su entorno familiar; en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado. Ambos tipos de relación pueden existir en la misma familia.

d) Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

espera que haga un individuo en determinado contexto. Para que el sistema familiar funcione se requiere que sean lo suficientemente complementarios, deben ser aceptados y actuados en común acuerdo, lo cual se da si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y existe concordancia sobre lo que se espera de él. Dentro de la etapa de la adolescencia existe una constante redefinición de roles, que si no se elabora de manera conjunta puede generar muchos problemas. (Por ejemplo, del niño al adulto, del obediente al rebelde, etcétera)

e) Redes de apoyo: La función básica de las redes de apoyo extra familiares consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos y compensen las deficiencias del sistema familiar. Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda. Dentro de nuestra sociedad trasciende su importancia en las familias pobres, donde las carencias se compensan mediante el intercambio recíproco de bienes, servicios y apoyo moral.

f) Comunicación: Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones. La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, desafortunadamente durante la adolescencia se ve sumamente afectada.

g) Flexibilidad: Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permeable a todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio, tanto las internas (las propias del desarrollo y otras como enfermedades, muerte de algún miembro, etcétera) como las externas que se originan en modificaciones ambientales. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado, la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. En caso opuesto, las demandas en cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas (problemas) entre los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuales encontramos infinidad de enfermedades como en este caso la obesidad. Los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen:

- Familias extremadamente rígidas con límites impermeables.
- Enfermedad crónica en algún miembro del sistema.
- Divorcio o discordia conyugal entre los padres.
- Padres con psicopatología.
- Hermanos con actividades antisociales (sociopáticas).

TEORIA GENERAL DE SISTEMAS Y LA FAMILIA COMO SISTEMA

Por lo anterior mencionado tiene gran importancia todo el contexto familiar para la progresión a las enfermedades, la obesidad entre ellas así como para su tratamiento posterior en un enfoque diferente y actuando en el origen de los problemas tanto emocionales como físicos considerando a la familia como un sistema que integra una sociedad. De esta manera y la necesidad de estudiar a las familias surge este concepto y surge La Teoría General de los Sistemas (TGS) en la década de los 60's donde Von Bertalanffy da una explicación de la organización de muchos fenómenos naturales, convirtiéndola en el modelo predominante en los estudios de familia. ⁽²²⁾

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Minuchin y Fishman (1999) ⁽²⁸⁾. Además es un conjunto de reglas o principios sobre una materia relacionados entre si los cuales contribuyen a un fin determinado. ⁽²²⁾

Si se toma a la “Teoría General de Sistemas” caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. La familia desde la perspectiva de la teoría general de sistemas es considerada como un sistema dinámico viviente que está

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sometido a un continuo establecimiento de reglas de la búsqueda de un acuerdo a ellas y por lo tanto 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.

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. Desde el punto de vista sistémico, la familia es considerada como un cibernético, y por ello, autocorrector, en el que las modalidades transaccionales que caracterizan las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes a partir de las cuales funcionan los miembros del sistema en relación recíproca. En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

Si una familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de estos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

Objetivos del sistema familiar: el objetivo principal de la familia es la reproducción, para lo cual también se incluyen objetivos intermedios como son dar a sus miembros seguridad afectiva, seguridad económica, funciones sexuales y ser modelo sexual para sus hijos, respuestas para la interacción social. La familia es al mismo tiempo, un sistema abierto y por lo tanto, está en continua transformación, vive cambios y modificaciones que son distintos en cada momento de su evolución.

La comunicación en el sistema familiar: La comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. La comunicación también establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros.

La estructura y subsistemas del grupo familiar: La concepción sistémica de familia intenta modificar su organización, al transformar la estructura del grupo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familiar se modifican en consecuencia las posiciones de sus miembros. Como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo. El observador sistémico lee la forma en que los miembros de cada familia se sostienen y califican mutuamente, desarrollando entonces una teoría interaccional para explicar el fenómeno que se observa. Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que derivan relaciones particulares. El “subsistema conyugal” que se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos. El “subsistema parental” puede estar constituido por las mismas personas que el conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer un hijo. El “subsistema filial” o fraterno, está constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema ^(22, 23, 24).

Existen también otros subsistemas interaccionados con la familia: 1. Subsistema de autonomía, 2. Subsistema de cuidados mutuos, 3. Subsistema afectivo-empático, 4. Subsistema de la definición de límites intergeneracionales, 5. Subsistema de resolución de conflictos, 6. Subsistema de hermanos, 7. Subsistema sensorial-sexual, 8. Subsistema comunicacional ⁽²²⁾.

Las reglas y rituales familiares: la familia como sistema es gobernado por reglas, esto es un acuerdo que no puede decirse sea consciente e incluso a veces no es ni conocido por los propios familiares. Entre los posibles modelos de reglas pueden destacarse: reglas conocidas, son las reglas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta al iniciarse la relación que origina la familia. *Reglas implícitas*, estas facilitan funcionamientos sobreentendidos sobre los que la familia no tiene la necesidad de hablar de modo explícito. *Reglas secretas*, son las más difíciles de descubrir al estudiar una familia. Desencadenan modos de actuar con los que un miembro de la familia bloquea las acciones de otro de ellos.

Las reglas de la familia llevan a configurar sus rituales relacionales, que, a la vez, sirven para reforzar las reglas. Ejemplos de rituales; el saludo, el sentarse a la mesa. Todo ello configura el estilo familiar particular de cada familia.

Los mitos: El mito se conceptualiza como “numero de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Y se clasifican en mitos: de armonía (mecanismos: negación e idealización). De disculpa y redención (mecanismo: identificación proyectiva). De salvación o protección (mecanismo: pasivo dependiente). La función de ellos es la de negar o deformar algunos aspectos de las relaciones familiares y de las implicaciones individuales en ellas, ya sean del presente o del pasado.

La homeostasis de la familia: Se hace mediante mecanismo de “feedback” negativos en respuesta a los comportamientos de sus miembros o toda la información que llega del exterior que pueda estabilizarla. ⁽²⁶⁾.

Las crisis y cambios del grupo familiar: Los periodos de crisis son etapas de desestabilización del equilibrio, periodos de cambio. La familia es morfostatica cuando tiende a mantener rígidamente su equilibrio y su estructura, porque tiene muchas dificultades para adaptarse a situaciones nuevas. En el extremo de este tipo de familias estarían las de transacción psicótica. Una familia es morfogenética cuando carece de estabilidad, como es el caso de las familias “súper adaptadas” al contexto social, continuamente cambiantes ante los feedback y cuya identidad colectiva se diluyen en el entorno absorbiendo rápidamente las normales y estereotipos culturales externos. La adaptación óptima de una familia se da cuando uno de sus miembros tiene la posibilidad, según las situaciones que está viviendo, de participar de un modo equilibrado en las decisiones de la familia. ⁽²⁷⁾

Dentro de la teoría familiar sistémica existen cuatro enfoques teóricos, que comparten los mismos conocimientos epistemológicos, pero en el que cada uno tiene sus propias particularidades, los cuales se describen a continuación.

-El Modelo de Milán, en el cual Selvini-Palazzoli y Boscoso son sus principales -precursores

- La Terapia Centrada en Soluciones con Steve de Shazer
- Terapia Estratégica con Haley
- El Modelo Estructural con Minuchin, que se considera el marco más adecuado para el estudio. ⁽²⁶⁾

El modelo estructural centra su atención en el concepto normativo de familia sana y en él se propone un desarrollo ideal para que la familia funcione de manera adecuada. A su vez concibe diferentes subsistemas (individual, conyugal, parental, fraterno) con funciones y mantenimiento de una jerarquía clara basada en la competencia parental, para decidir los asuntos relacionados con la familia, límites claramente trazados entre los subsistemas y fronteras flexibles. ⁽²⁶⁾

McGoldrick (1987) propone que la evaluación de la estructura familiar debe considerar la elaboración de genogramas que son representaciones tangibles y gráficas de una familia, las cuales permiten explorar la estructura familiar en forma clara y observar el cuadro familiar a lo largo de varias generaciones, a través de las pautas vinculares, ya que son transmitidas de una generación a otra. Las pautas abarcan: las propiedades de las fronteras; la distribución jerárquica del poder; las secuencias de interacción e hipótesis de la interacción sistémica, entre el contexto total de la familia y las conductas sintomáticas de los miembros.

Minuchin (1979) y McGoldrick (1987)¹² proponen que las pautas son aprendidas en la familia de origen y tienden a repetirse al atravesar de una generación con otra a través del legado de la tradición familiar, que como es, de carácter ideológico y de identidad no son cuestionados. Por consiguiente, se recomienda explorar las pautas de tres generaciones en el trazado de genogramas, que es donde se revelarán las interacciones que se transmiten a lo largo de varias generaciones.

Para la realización del diagnóstico estructural, se propone que se utilicen de tres a cinco sesiones familiares, para recoger las diferentes posturas e interpretaciones del síntoma. Aún cuando la teoría familiar, proponga cómo evaluar la estructura familiar se carece de investigaciones que hayan utilizado una

metodología científica para la recolección y análisis, que permitan elaborar el diagnóstico (Campbell, 1986).⁽²⁷⁾

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Minuchin y Fishman (1999)⁽²⁸⁾. La familia como sistema tiene un papel muy importante no solo en el proceso de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en que cumpla con sus funciones básicas⁽²⁹⁾.

POSTULADOS BÁSICOS DE LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS EN EL ESTUDIO DE LA FAMILIA COMO SISTEMA.

Ochoa de Alda (1995), explica conceptos básicos de la teoría general de los sistemas de Bertalanffy que son aplicados al sistema familiar:

Totalidad o no sumatividad: El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes (Feixas y Miró, 1993, p. 258). La independización de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).

Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.

Equifinalidad: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

Equicausalidad: se refiere cuando la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. En esto el terapeuta abandona la búsqueda de una causa pasada al síntoma. Por lo que hay que centrarse en el presente, en el aquí y ahora y en el estado final.

Limitación: Es cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

Regla de relación: en todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.

Ordenación jerárquica: en toda organización hay una jerarquía en el sentido que unas personas poseen más poder y responsabilidades que otras, para determinar que se va a hacer. La organización jerárquica incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado.

Teleología: el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial, de sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de dos funciones complementarias en un equilibrio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dinámico: homeostasis, que es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio.

Ciclo vital: el curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universal, por lo que se denomina “normativo” a pesar de las diferencias culturales. En ella se observan períodos de equilibrio, adaptación; desequilibrio y cambio. Los miembros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo, por lo que requieren que se elaboren tareas y aptitudes nuevas. ^(22,28)

La Teoría general de sistemas ha sido la base para el estudio de las familias por diferentes autores principalmente por Emma Espejel en el cual trata las diferentes dimensiones de los estudios de familia de una manera integral e interrelacionada unos con otros.

TEORIA DE GESTALT SOBRE LA PERCEPCION

La teoría de gestalt postula que percibimos los objetos como “todos” bien organizados, más que como partes separadas y aisladas. No vemos pequeños fragmentos desarreglados al abrir nuestros ojos para ver el mundo. Vemos grandes regiones con formas y patrones bien definidos. El “todo” que vemos es algo más estructurado y coherente que un grupo de fragmentos aislados; la forma es más que la simple unión de los fragmentos, se asume como el principio de la sinergia en la teoría general de los sistemas, que postula que el “todo” que la suma de sus partes y que las partes individualmente no explican la conducta del "todo" o sistema.

Los tres psicólogos que más se asocian con la Teoría de Gestalt son: Max Wertheimer (1923), Kurt Koffka (1935) y Wolfgang Köhler (1947). Estos investigaron tres áreas: las leyes de agrupación, la bondad de las figuras (ley de Prägnanz) y las relaciones entre figura y fondo.

Las leyes de agrupación. Dentro de la perspectiva gestáltica, estas leyes constituyen un intento por identificar las claves más relevantes de la visión de los

objetos en conjuntos: La ley de la similitud; que determina que los objetos similares tienden a ser percibidos como una unidad. La ley de la proximidad; que establece que los objetos contiguos son vistos como una unidad, Ley de las regiones comunes o del destino común: cuando los objetos se mueven en la misma dirección los vemos como una unidad. Ley de la buena continuación; que postula que los objetos arreglados en línea recta o curva tienden a ser vistos como unidad. Ley del cierre; establece que un lado una figura tiene una hendidura nos inclinamos a verla como figura completa y cerrada. La ley de la simplicidad; cuando se observa un patrón, se percibe de la forma más básica y directa que nos es posible. ^(37,38)

Ley de Prägnanz: la palabra prägnanz es de difícil traducción pero quiere decir “forma que transporta la esencia de algo”. Esta ley habla de cómo la tendencia de una forma a ser más regular, simple, simétrica, ordenada, comprensible, memorizable. Esta ley permite la fácil lectura de figuras que se interfieren formando aparentes confusiones, pero prevaleciendo sus propiedades de buena forma o destino común, se ven como desglosadas del conjunto. El concepto de “buena forma” no es una creación convencional, sino que responde a exigencias innatas y muy profundas, arraigadas en todos los individuos y que produce una percepción selectiva de las formas. Hay en todo receptor una tendencia natural a la simplificación, la simetría, el equilibrio, el cierre, el orden, etc. Que le facilitan el recuerdo de lo percibido. Se da en todo conocimiento humano una tendencia retentiva a la síntesis, al esquema, al resumen. El hombre se vale de estas simplificaciones por verdadera necesidad operativa, perdiendo los matices del análisis y quedándose con el argumento global de las cosas: ⁽³⁷⁾

Relación figura-fondo: las partes de un diseño se organizan con respecto a una figura y sobre un fondo. El fondo es lo que sobra, lo que está por detrás. Edgar Rubin (1915-1958), psicólogo danés llegó a cuatro conclusiones al respecto de la figura y fondo: 1)El fondo parece continuar detrás de la figura 2)La figura parece estar más cercana a nosotros, con la localización clara en el espacio 3)El fondo se encuentra más alejado y no tiene una localización bien definida,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

simplemente esta en algún sitio en la parte posterior 4) la figura es dominante y nos impresiona más que el fondo, se encuentra mejor y se asocia con un mayor número de formas. Según Rubín, la figura parece dominar el estado de consciencia. Por otro lado el fondo parece formar parte del espacio general. ^(37, 38)

La percepción supone más la comprensión que el entrenamiento; si los axiomas universales de los estudios positivistas se relativizan cada vez que un dato perceptual adquiere distintos significados de acuerdo a sus condiciones de recepción o su lugar en la trama compositiva; si la cultura, el inconsciente, el conocimiento previo, la ambigüedad atraviesan esa percepción, es ineludible que estas definiciones teóricas encuentren correlato en las prácticas docentes. Si la mirada y la escucha no son neutrales, si oír no es escuchar, si mirar no es ver, entonces, la percepción es un contenido a tratar por fuera de sus rasgos instrumentales. La percepción es un paso hacia la comprensión e interpretación del mundo, no para controlarlo sino para producir sentido. La función social de liberación sensitiva desempeñada por el arte y su capacidad de transmisión simbólica a la que alude José Jiménez es posible cuando el campo sensible no es sujeto a domesticaciones ni a reglas fijas, sino a su enriquecimiento y ampliación. Esta ampliación no es cuantitativa, no se trata de ver más ni de escuchar aisladamente más cantidad de eventos, sino de romper los esquematismos en el acto perceptual, asumiendo en el mismo acto el carácter ambiguo del lenguaje del arte, su capacidad de aludir, sustituir, metaforizar, su distancia de la mera reproducción. Percibir no es percibir bajo las normas establecidas por a priori determinados por la naturaleza misma o por sistemas de representación que se han naturalizado y que en realidad reproducen modos de entendimiento y organización del mundo. La percepción dirigida tiende a generar automatismos, respuestas previsibles y producciones estandarizadas. ⁽³⁷⁾

VI.- MARCO CONCEPTUAL

Adolescencia: Se considera a la adolescencia como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta y se caracteriza por los cambios biológicos físicos y sociales además de ser un periodo de crecimiento y desarrollo físico, emocional, cognitivo y emocional rápido y la OMS cronológicamente lo define como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años, adolescencia temprana de 10-14 y adolescencia tardía 15-19 años.

Obesidad: De acuerdo a la NOM. (2007), La obesidad, se define “como una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo, que se genera cuando el ingreso energético (alimentario) es superior al gasto energético (actividad física) durante un período suficientemente largo; se determina la existencia de obesidad cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25”. SSA.NOM (2000). ⁽³⁶⁾Se diagnostica cuando el tejido adiposo representa el 25% o más del peso del cuerpo en los hombres y el 30% o más en las mujeres. Se puede clasificar como leve 20-40% de sobrepeso, moderada de 41-100%, y mórbida por arriba del 100%.

Funcionalidad familiar: la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis normativas y paranormativas por las que atraviesa ⁽¹²⁾. Estudia la dinámica familiar y los roles que tiene cada uno de sus miembros en sus distintos subsistemas ⁽¹³⁾.

Percepción: es la capacidad del ser humano para ver todas las cosas de manera global, seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones en base a los recuerdos y experiencias previas. La Teoría de Gestalt explica ampliamente esta definición basándose en la figura y forma, la bondad del objeto y la ley de agrupación, la palabra Gestalt significa conjunto o forma. ^(37,38)

V.- JUSTIFICACION

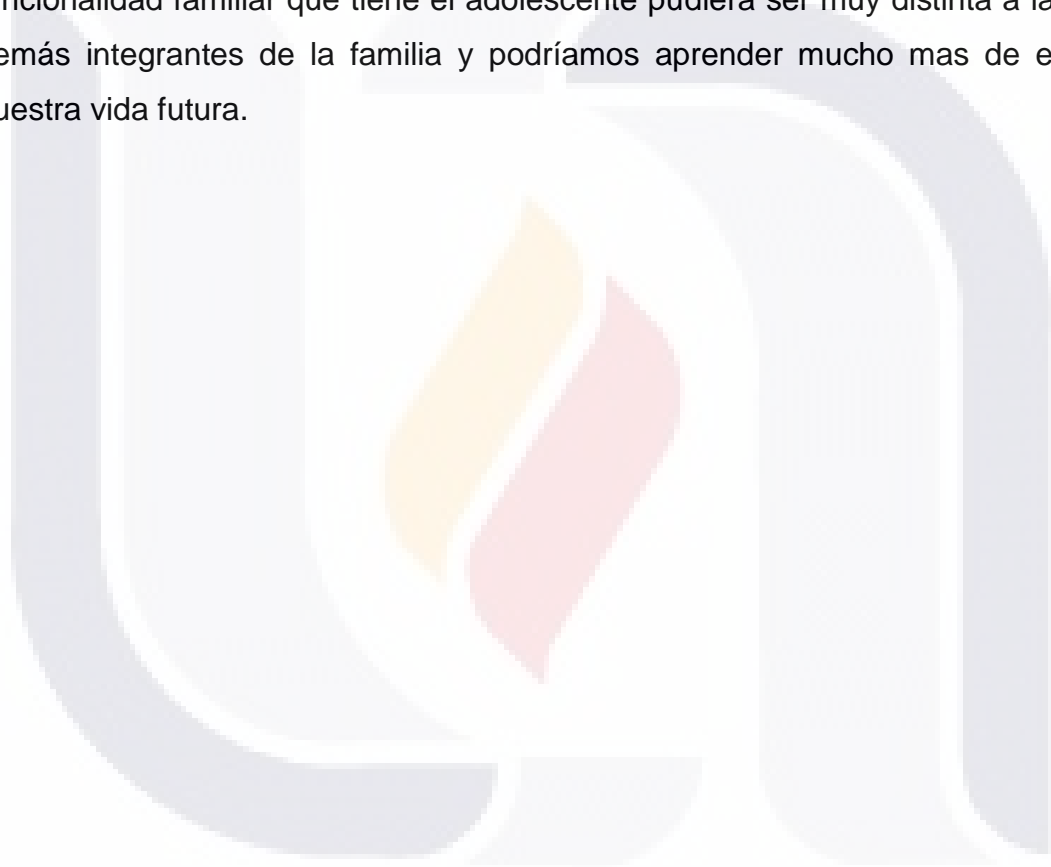
En el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se cuenta con la información necesaria para realizar programas de autoayuda para adolescentes obesos, por lo que se considera necesario aportar la información suficiente para la realización de estos.

En el presente trabajo se investiga la cantidad de adolescentes obesos y como perciben su funcionalidad familiar para que de esta manera se detecte cual es el peso que la familia tiene en el aspecto de la obesidad y en una etapa tan vulnerable como es la adolescencia y así poder abrir camino a otros investigadores de relacionar más íntimamente estas dos entidades, además de tener las evidencias necesarias para formar grupos de adolescentes sobre todo que se analice de manera global cual es el impacto que tendría la obesidad en esta etapa.

Si tomamos en cuenta a la familia como el centro de la generación de múltiples enfermedades y alteraciones nos daremos cuenta que de ahí parte también el origen de un tratamiento a la familia como tal y que se actuaría de manera preventiva en las enfermedades crónico degenerativas de las cuales la obesidad es un factor modificable de estas, como lo son la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemia, Enfermedades cardiacas, entre otras más.

El método utilizado para la realización de la detección de la funcionalidad familiar y como la percibe el adolescente, se realiza con un instrumento de evaluación en donde se investiga las diferentes dimensiones de la funcionalidad que tienen efecto sobre la familia y así saber si es funcional y disfuncional, se han realizado estudios de familia en adolescentes obesos pero utilizando otros instrumentos que solo exploran una parte de la funcionalidad. En este trabajo por lo tanto se observan las diferentes dimensiones de una manera más global y completa y no de manera aislada como se ha hecho en otros estudios que se encontraron en esta misma investigación y se utilizaron como antecedentes.

La adolescencia es la etapa más noble, vulnerable y moldeable si se conduce de manera adecuada para definir la vida adulta que se quiere tener, es la etapa más olvidada por las instituciones de salud y la misma sociedad, La obesidad es una de las enfermedades que han tenido un aumento alarmante en las últimas décadas, la funcionalidad familiar podría ser el origen de múltiples enfermedades físicas como psicológicas y que no es evaluada de manera adecuada ni se le ha dado la importancia debida y por último la percepción de la funcionalidad familiar que tiene el adolescente pudiera ser muy distinta a la de los demás integrantes de la familia y podríamos aprender mucho mas de ellos en nuestra vida futura.



VI.- OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir la percepción que tiene el adolescente con obesidad de su funcionalidad familiar en las UMF de la zona metropolitana de Aguascalientes.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los obesos en la etapa de adolescencia que existen en las áreas de nutrición del Instituto Mexicano del Seguro Social en UMF del área metropolitana de Aguascalientes.
2. Describir las dimensiones jerarquía, centralidad, límites, modos de control de conducta, alianzas, afectos, comunicación, psicopatología de los obesos en la etapa de adolescencia que existen en las áreas de nutrición del Instituto Mexicano del Seguro Social en UMF del área metropolitana de Aguascalientes.

VII.- MATERIAL Y METODOS

VII.1- DISEÑO METODOLOGICO

Se toma una muestra aleatoria de Adolescentes de 10 a 14 años de edad de adolescentes con diagnostico de obesidad que son atendidos en los consultorios de nutrición de las UMF 1, 7, 8, 9,10 de la zona metropolitana de la Cd Aguascalientes, para así describir la percepción que estos tienen de la funcionalidad familiar con el instrumento de Emma Espejel Aco para la funcionalidad familiar.

VII.2- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSION: adolescentes de 10 a 14 años, adolescentes enviados a nutrición con diagnostico de obesidad de las UMF 1, 7, 8, 9, 10, Adolescentes obesos que aceptaron la entrevista.

CRITERIOS DE NO INCLUSION: adolescentes que no aceptan la entrevista, adolescentes obesos que no fueron enviados a nutrición de las UMF 1,7,8,9,10, adolescentes obesos que pertenecen a otras UMF de la zona metropolitana

CRITERIOS DE EXCLUSION: Adolescentes no obesos, adolescentes no derechohabientes del IMSS.

VII.3-TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio utilizado en esta investigación será Descriptivo transversal el cual se realiza a todos los adolescentes obesos. En donde se define los que tienen una familia funcional y los que tienen una familia disfuncional.

VII.4.- UNIVERSO Y MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizo la formula para estimar una proporción en los adolescentes con diagnostico de Obesidad adscritos a UMF de la zona metropolitana que serán estudiados para describir la percepción que tienen de su funcionalidad familiar la cual se describe en seguida:

$$N: \frac{(Z\alpha)^2 (p) (q)}{\delta^2}$$

N= Tamaño de la muestra

Zα= Distancia de la media del valor de significación propuesto si la confianza es de 95% (α = 95% y Zα= 1.96)

δ²= precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio, prevalencia.

q= 1-p (complementario sujetos que no tienen la variable en estudio).

$$N= \frac{(1.96)^2 (0.32) (0.68)}{(0.05)^2}$$

$$N= \frac{3.84 (0.217)}{0.0025}$$

$$N= \frac{833}{0.0025} = \underline{\underline{333.3}}$$

VIII.-PLAN DE RECOLECCION DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”

Para obtener la información sobre la percepción de la funcionalidad familiar que tiene el adolescente de 10 a 14 años con obesidad de su funcionalidad familiar, se acudirá a las Unidades de Medicina Familiar para que en los consultorios de nutrición podamos detectar cuales son los adolescentes obesos enviados por su médico familiar, se obtendrá en las hojas de censo los datos de pacientes que ya hayan acudido y se hará un formato de recolección de datos de adolescentes que no estén presentes para tener la información necesaria y poder localizarlos en sus domicilios y así completar de manera adecuada la investigación.

En el presente trabajo se utiliza el instrumento de medición de la Escala de funcionalidad familiar de Emma Espejel elaborado para pacientes mexicanos y validado con una investigación realizada en familias clínicas y no clínicas en la cual los procedimientos de análisis fueron confiabilidad con alfa de cron Bach de 0.91, análisis factorial que genero 9 factores principales y representa el 56.10% de la varianza total, con una y estructurado de tal manera que se abarca varias dimensiones como lo son autoridad con 10 ítems, control con 8 , supervisión con 4, afecto con 7, apoyo con 6, conducta disruptiva con 7, afecto negativo con 4 y recursos 6 ítems de los cuales algunos se repiten en varias dimensiones por lo que la suma no nos da el total de los mismos y cada dimensión se evalúa por separado y se grafica al final para saber hacia dónde se inclina la línea a los disfuncional o lo funcional.

Para la aplicación de este instrumento se requiere de un entrevistador y un entrevistado, se debe tener en cuenta la observación, sensibilidad, empatía, habilidad del entrevistador y el conocimiento que tenga de este instrumento.

Al aplicar el instrumento se debe conocer la estructura, nivel socioeconómico, ciclo vital, la cultura y la historia de la familia. Este instrumento está diseñado para la aplicación del grupo familiar, pero aun así es susceptible de aplicarse de forma individual en el cual se evalúa la percepción que tiene el

entrevistado, dependiendo de los objetivos de la investigación, en este trabajo se evalúa la percepción que tiene el individuo o el adolescente obeso de su funcionalidad familiar.

IX.-LOGISTICA

Durante la realización de este trabajo y la aplicación de las entrevistas, se le solicita la autorización y se informa sobre la realización del mismo de manera formal a los Directores de las Unidades de Medicina Familiar, 1,7,8,9 y 10 a los cuáles se les presenta el protocolo, además se agrega el comentario de el propósito de la investigación, sus objetivos y la manera en que se desarrolla la investigación, y así poder acudir a las áreas de nutrición de las UMF donde son enviados los adolescentes obesos para la atención y orientación de dieta y ejercicio, en las hojas de envío ya se cuenta con el diagnóstico de adolescente obeso realizado por el médico familiar, por lo tanto solo se necesita recabar la información de las hojas de envío y/o hojas diarias, después de detectar a los adolescentes obesos que acudirán día con día se comienza a aplicar la entrevista y se recaba hojas diarias anteriores para buscar más adolescentes en su domicilio y aplicarse el resto de las entrevistas, cabe señalar que esta será la percepción de la funcionalidad familiar que tiene el adolescente. Antes de comenzar la entrevista se informa a la madre del adolescente de la aplicación de la misma para que esté completamente informado de los beneficios y las razones de la entrevista así como de que no existe ningún riesgo para la aplicación de la entrevista y pueda firmar la carta de consentimiento informado.

X.-DEFINICION DE VARIABLES

1. Roles: expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro
2. Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales
3. Territorio: espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a centralidad que cada miembro logra tener dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.
4. Límites: son las reglas que consciente o inconsciente mente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra)
5. Modos de control de conducta: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de que es bueno y que es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.
6. Alianzas: es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.
7. Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
8. Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
9. Psicopatología: familiar, es cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

XI.- PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se utilizara el programa SPSS 15 para el análisis de los datos y variables del presente trabajo de investigación, vaciando los datos al programa y así obtener el análisis de todas las variables sobre la confiabilidad.

El nivel descriptivo para todas las variables se obtendrá distribución de valores absolutos y relativos (razones y porcentajes) con el final de caracterizar la identificación del paciente las dimensiones afectadas en los adolescentes obesos.

XII.- PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de encontrar los problemas potenciales de la investigación, se efectuó una prueba piloto en consultorio de nutrición de UMF 1 con 5 pacientes adolescentes obesos para la aplicación de la prueba con la explicación indicada para obtener las mejores y más certeras respuestas para el mismo, en la cual se encontró que la aceptación de los adolescentes y sus madres fue buena con la debida explicación de la prueba y sus consecuencias, así como la importancia de la misma para la realización de actividades que nos ayuden a encontrar las razones de la obesidad en los adolescentes y fue aceptada por las mismas de manera adecuada. (Ver Anexo 3).

XIII.-CONSIDERACIONES ETICAS

Dentro de este protocolo de estudio se realiza la investigación sin riesgo alguno para la integridad de la persona a la que se le aplicara el cuestionario, ya que no se interviene en su personalidad ni en su entorno socio cultural. Todos los datos recolectados en este estudio se mantendrán en confidencialidad y anonimato, y con la debida firma de consentimiento bajo información así como en la libertad de abandonar el estudio en el momento en el que el entrevistado crea conveniente además de que se plasmaron los objetivos, las ventajas y desventajas que pudiera tener la realización de este trabajo de investigación. Todo lo anterior avalado por el articulo 100 a 102 de la Ley general de Salud en su titulo quinto, y la declaración de Helsinki y el Código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas que participan en este. (Ver Anexo 3)

XIV. RESULTADOS

De un Universo de 120, 280 adolescentes de 10 a 14 años habitantes de Aguascalientes, de los cuales un 52% son derechohabientes del IMSS de esta misma delegación, se seleccionó un muestra de 333 adolescentes con obesidad pertenecientes a las UMF del área metropolitana de esta cd. A los cuales se les aplicó la entrevista de la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel, para evaluar cómo se encuentra la funcionalidad familiar en esta población.

La media de la edad fue de 12.1 años con una DE de 1.466, de los cuales el 62% pertenecían al sexo femenino y el 38 % al sexo masculino.

El 100% de los adolescentes eran solteros de los cuales el 38% se encuentran cursando la secundaria.

El 59% de los adolescentes obesos pertenecen a una clase socioeconómica nivel medio bajo. El 76% pertenecen a una familia nuclear, y el 92% pertenecen a la religión católica.

El resultado global fue que el 56% de las familias son funcionales de los cuales el 36% son mujeres y del 44% de familias disfuncionales el 26% son mujeres, mayoría de las familias disfuncionales fueron capturadas en la UMF10, mientras que la UMF 7 cuenta con el mayor número de familias funcionales.

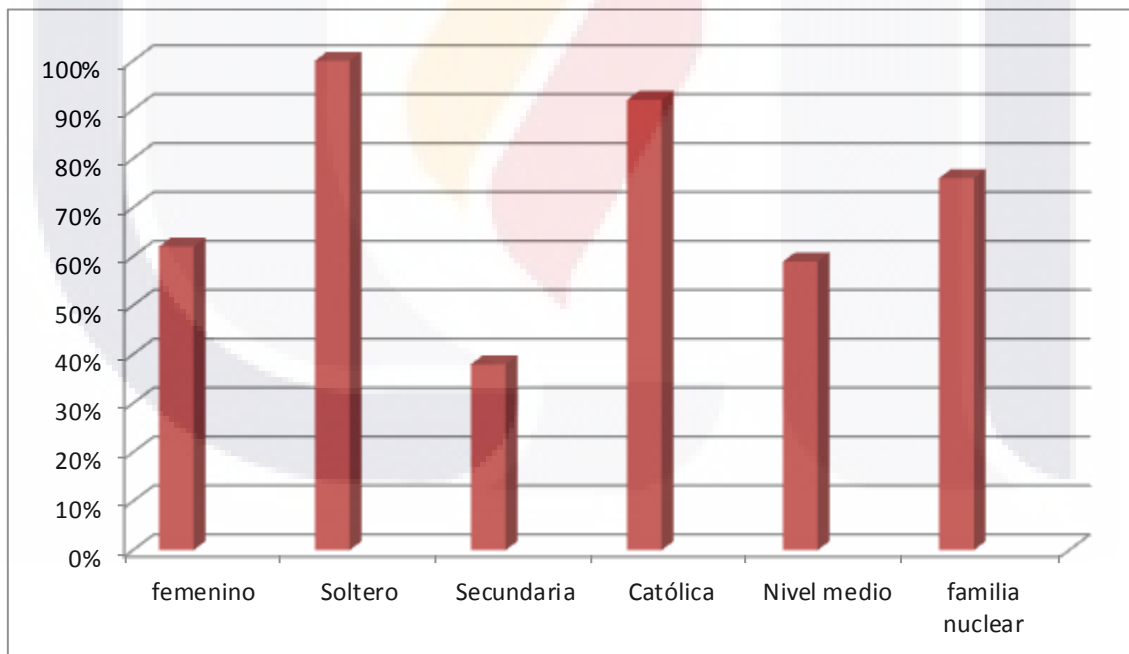
De las nueve dimensiones evaluadas en la escala de funcionamiento familiar, las que sobresalieron como disfuncionales fueron los Afectos con un 59% de familias disfuncionales y centralidad con 57%, la que más sobresalió como funcional fue los roles con 65% de familias funcionales.

La Chi cuadrada encontrada fue de 10.14 y una $p= 0.012$ por lo que el estudio fue significativo al comparar las variables del cuestionario.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

VARIABLES	PORCENTAJE MAYOR
Genero	62% femenino
Estado Civil	100% solteros
Escolaridad	38% secundaria en curso
Religión	92% católica
Nivel socioeconómico	59% nivel medio
Tipo de familia	76% nuclear

Tabla 1.

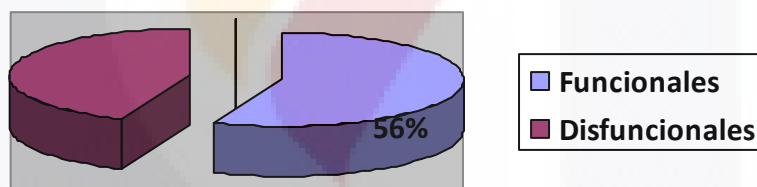


GRAFICA 1.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Funcionalidad Familiar	Adolescentes con Obesidad	
	N	%
Funcionales	187	56
Disfuncionales	146	44
Total	333	100

Tabla 2.



GRAFICA 2.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR DIMENSIONES

n=333

DIMENSIONES	FUNCIONAL %	Ch²	p
ROLES	65	8.98	0.011
JERARQUIA	64	36.05	0.000
CENTRALIDAD	43	45.24	0.000
LIMITES	56	8.37	0.039
CONTROL DE CONDUCTA	53	8.86	0.031
ALIANZAS	63	10.72	0.013
AFECTOS	41	24.29	0.002
COMUNICACIÓN	54	28.55	0.000
PSICOPATOLOGIA	64	8.04	0.018
Global	56	10.14	0.012

Tabla 3.

XV. DISCUSIÓN

La obesidad es un problema de salud pública mundial, y en México ha aumentado el porcentaje de adolescentes obesos en temprana edad, además de que algunos estudios revelan que algunas dimensiones de la funcionalidad familiar están afectadas en este grupo de población.

Daniela Carrasco Dell, encontraron en su estudio de familias que la relación con el padre la consideraban como insatisfactoria en un 60% en el grupo de obesos y el 44% en el grupo de no obesos. El 56% relación fue considerada como insatisfactoria con la madre en el grupo de obesos y el 24% en el grupo no obesos. El 56% de los adolescentes opinan que están insatisfechos con su familia en el grupo de obesos y el grupo no obesos solo el 36%.

En los resultados encontrados en el presente estudio se encontró que la dimensión más afectada es la centralidad y afectos con un 57% y 59% respectivamente como disfuncionales

En el estudio del Perfil Psicopatológico y Relacional de las Familias con Obesidad se encontró que existe poca diferenciación jerárquica entre sus miembros, ausencia de autoridad paterna, familias sin límites. Mientras que en el resultado de este estudio de la dimensión de jerarquía, roles, límites, control de conducta cuentan con porcentajes mayores de Funcionalidad Familiar los cuales son 64, 65, 56 y 53% respectivamente.

Chavarría Manzo Rosalía, no encuentra diferencias significativas entre la funcionalidad y la disfunción familiar de los adolescentes obesos, y en el presente estudio en la evaluación del puntaje global de la funcionalidad familiar encontramos que el mayor porcentaje fue de familias funcionales con un 56%, y el resto para familias disfuncionales.

El grupo de edad evaluado fue de 10 a 14 años por lo tanto la percepción de la funcionalidad familiar es diferente al resto de la familia, predominó el sexo

femenino y este percibe en mayor porcentaje a sus familias como disfuncionales en un 26% en comparación con los hombres que solo la perciben en un 18% del total.

En relación con los afectos como comentario final de ellos la mayoría revelaba que su madre trabajaba fuera de casa de manera particular en alguna ocupación de medio tiempo pero que la mayoría de las veces estaban solos en casa.

XVI. CONCLUSIONES

En conclusión en el estudio se encontró que la funcionalidad familiar de manera global tiene pocas diferencias entre lo funcional y lo disfuncional, sin embargo predominó la funcionalidad Familiar.

De forma separada encontramos dos dimensiones importantes en la percepción de la funcionalidad familiar del adolescente con obesidad que fueron los afectos y la centralidad, en la cual está involucrado el grado de significancia que sienten ellos tener ante los demás y la demostración verbal y no verbal del cariño que la familia le tiene, además las mujeres también percibieron mayor disfunción familiar en comparación con los hombres.

ANEXO 1
CUESTIONARIO EMMA ESPEJEL PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

DISTRIBUCION DE LOS ITEMS DE ACUERDO A LAS DIMENSIONES QUE SE EXPLORAN

ROLES	2, 12, 13, 26, 28
JERARQUIA	3, 11, 14, 15, 27, 29, 30
CENTRALIDAD	1, 4, 5
LIMITES	6, 7, 9, 10*
MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA	8, 16, 17, 25
ALIANZAS	19, 20, 18
AFECTOS	31, 32, 33, 34, 35
COMUNICACIÓN	21, 22, 23, 24
PSICOPATOLOGIA	36, 37, 38, 39, 40
*En el subfraterno tiene función de alianza.	

Características de la escala de calificación

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 con intermedias.

Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar ya los criterios que a continuación se presentan:

Ejemplo: ITEM 20 en esta familia, ¿quién protege a quién?

Califique

4 Todos se protegen o cuando la protección proviene de un subsistema superior o dentro del mismo.

3 Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por un familiar o no familiar.

2 Cuando existe sobreprotección de cualquiera de los miembros.

1 Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

Nota: Cualquier pregunta que no sea posible de contestar porque “no es el caso” se calificará con 4.

Ejemplo: acostumbran hacer promesas no.

VIII Criterios de calificación para la Escala de Funcionamiento Familiar

Código de calificación:

- 1. Disfuncionalidad
- 2. Poco funcional
- 3. Medianamente funcional
- 4. Funcional

1 Territorio o centralidad:

Califique

- 4 Si contestan ambos o todos.
- 3 Cuando la respuesta es un solo padre o subsistema hijos cuando son adultos.
- 2 Cualquier otro miembro que no sea el padre o la madre.
- 1 Cuando la respuesta es nadie o un hijo pequeño.

2 Roles:

Califique

- 4 Ambos o uno de ellos cuando el otro trabaja o cualquier otra persona cuando los dos trabajan.
- 3 Cuando los dos trabajan y además uno sólo organiza; cuando uno de los hijos se encarga.
- 2 Todos y otra persona, cuando uno de los padres no trabaja.
- 1 Nadie o hijos pequeños cuando están él o los padres.

3 Jerarquía:

Califique

4 Todos o ambos.

3 Un solo miembro de la familia que pertenezca a otro subsistema no parental.

2 Si es otro familiar.

1 Otro no familiar o nadie.

4 Centralidad:

Califique

4 Todos, ambos padres.

3 Uno de los padres o de los hijos en forma alterna

2 Otro familiar, o la misma persona en forma rígida.

1 Nadie, otro no familiar

5 Centralidad:

Califique

4 Todos, nadie o el subsistema parental.

3 Un solo padre más alguien de otro subsistema.

2 Uno o varios de los hijos, otro familiar.

1 Si son los hijos.

6 Límites:

Califique

4 Nadie.

3 Otro no familiar (depende de quién)

2 Otro familiar.

1 Todos, cualquier otro

7 Límites:

Califique

4 Ambos padres

3 Uno de los padres

2 Otros hermanos, otro familiar.

1 Otro familiar o no familiar (cuando existen los padres) nadie, todos.

8 Modos de control de conducta:

Califique

4 Ambos

3 Uno de los padres u otro familiar o no cuando hay ausencia de padres

2 Otro familiar o no cuando existen los padres o bien los hermanos.

1 Todos y nadie.

9 Límites:

Califique

4 Todos, nadie, de acuerdo al ciclo vital.

3 Cuando todos respetan, excepto uno del sistema parental (s/ circunstancias.)

2 Cuando sólo una de las personas respeta

1 Nadie o no existen horarios (según circunstancias).

10 Alianzas:

Califique

4 No ha ocurrido. Nadie. El padre (el otro padre)

3 Otra persona apoyando en ausencia del otro padre

2 Todos.

1 Cualquiera que se oponga o descalifique.

11 Jerarquía y comunicación:

Califique

4 Avisan, padre a madre, o madre a padre hijos (as) a padre o madre.

3 Dependiendo del acuerdo previo

2 A veces, dependiendo del acuerdo previo.

1 No avisan

12 Roles:

Califique

4 Padre o padres que trabajan y participan.

3 Hijos que trabajan y participan a criterio del contexto.

2 Otros familiares o hijos que trabajan y costean sus estudios o gastos personales

1 Cuando trabajan y no participan sin una razón justificada.

13 Roles:

Califique

4 Cualquiera que sustituya y sea adecuado dentro del mismo subsistema

3 Sustituye a la persona adecuada aunque sea de otro subsistema o instancia

2 Es sustituido pero no por la persona adecuada, sustituye aunque no afectivamente.

1 No se sustituye

14 Jerarquía:

Califique

4 Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad.

3 Se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada.

2 Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres.

1 Cuando deciden los hijos o uno de ellos y otro familiar.

14 Jerarquía:

Califique

- 4 Si se avisa a la persona adecuada.
- 3 Se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada.
- 2 Avisa, pero no a la persona adecuada.
- 1 No avisa

16 Modo de control de conducta:

Califique

- 4 Ambos padres o uno sólo dependiendo del ciclo vital del contexto y del tipo de castigo
- 3 Un solo padre o un hijo en ausencia de los padres y dependiendo del contexto de la edad y del tipo de castigo.
- 2 Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos.
- 1 No se castiga o castiga otro familiar, o no familiar.

17 Modos de control de conducta:

Califique

- 4 Cualquier subsistema o persona que cumpla o cuando no se utiliza la promesa porque no es necesario.
- 3 Cuando a veces cumplen y a veces no dependiendo de la índole de la promesa
- 2 Cuando uno de los padres cumple y el otro no.
- 1 Cuando consistentemente dejas de cumplir los padres o los hijos

18 Afectos:

Califique

- 4 Cualquier respuesta dentro del mismo subsistema o del subsistema ejecutivo cuando lo hay.
- 3 Cuando la pide al subsistema jerárquicamente inmediato superior.
- 2 Cuando teniendo familia pide ayuda externa (según la circunstancia del problema)
- 1 Nadie.

19 Alianza:

Califique

4 Cuando hay alternancia de salidas juntos y por subsistemas.

3 Siempre o casi siempre salen por subsistema

2 Rara vez salen todos juntos o por subsistema

1 Nunca salen o siempre salen todos juntos.

20 Alianzas: Califique

4 Todos o cuando la protección proviene del subsistema superior o dentro del mismo

3 Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por familiar o no familiar.

2 Cuando hay sobreprotección de cualquiera de los miembros

1 Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

21 Comunicación:

Califique

4 Cuando la comunicación cubre a todos los subsistemas en diferentes ámbitos y momentos.

3 Cuando sólo se da dentro de cada subsistema o en diferentes excluyendo a uno o varios.

2 Cuando se comunican con otros familiares o no familiares o no se comunican los miembros de un subsistema.

1 Cuando no se comunican

22 Comunicación:

Califique

4 Todos.

3 Sólo un subsistema.

2 Los subsistemas con exclusión de miembros, con otros familiares o no familiares.

1 Nadie

23 Comunicación:

Califique

4 Todos.

3 Un subsistema o un miembro del subsistema con otro o entre sí.

2 Otro familiar o no familiar y cuando dos subsistemas al comunicar con exclusión de algunos.

1 Nadie

24 Comunicación:

Califique

4 Cuando un subsistema lo comunica a otro.

3 Cuando los acuerdos son parciales.

2 Cuando es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo.

1 Cuando la decisión no se comunica o es tomada por un solo miembro o no hay acuerdos.

25 Modos de control de conducta:

Califique

4 Cuando el subsistema parental interviene o por lo menos uno.

3 Cuando interviene un sustituto parental

2 Cuando varios subsistemas intervienen.

1 Nadie, según la edad.

26 Roles:

Califique

4 Subsistema parental o por lo menos uno.

3 Cuando en ausencia de los padres interviene un sustituto parental.

2 Cuando habiendo padres, es otro subsistema el que se responsabiliza.

1 Todos y nadie (dependiendo de la edad).

27 Jerarquía:

Califique

4 Los padres

3 Uno sólo de los padres.

2 Otro familiar y no familiares en ausencia de los padres o los hijos

1 Nadie.

28 Roles:

Califique

4 Subsistema padres o un padre con un hijo.

3 Siempre sólo uno de los padres.

2 Los hijos u otro familiar.

1 Nadie.

29 Jerarquía:

Califique

4 Subsistema parental.

3 Sólo uno de los padres o todos.

2 Otro familiar, los hijos (según el caso).

1 Nadie.

30 Jerarquía:

Califique

4 Los padres, todos o una institución.

3 Sólo uno de los padres

2 Los hijos u otro familiar.

1 Otro no familiar, no hubo acuerdo.

31 Afectos:

Califique

4 Todos

3 Casi todos

2 Cuando sólo uno o un subsistema se divierte

1 Nadie.

32 Afectos:

Califique

4 Los padres o todos

3 Uno de los padres

2 Los hijos u otros familiares o no familiares

1 Nadie.

33 Afectos:

Califique

4 Todos (cualquier subsistema)

3 Cuando sólo se da dentro del subsistema.

2 Cuando se excluye a uno de los miembros.

1 Nadie o sólo con otros familiares o no familiares.

34 Afectos:

Califique

4 Cualquiera de los subsistemas a veces hablándolo.

3 A veces cualquiera de los subsistemas o un subsistema con otro y con poca comunicación.

2 Frecuentemente cualquiera de los subsistemas y sin comunicación.

1 Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar.

35 Patología:

Califique

- 4 Nadie o a nivel de juego, los niños.
- 3 Los padres a los hijos (dependiendo del ciclo vital).
- 2 Los hijos entre sí, dependiendo de la edad y el tipo de golpes
- 1 El subsistema hijos a los padres, los padres entre sí, otros familiares o no familiares.

36 Patología:

Califique

- 4 Nadie
- 3 Cuando alguien lo hace rara vez y en forma social
- 2 Cuando lo hace frecuentemente alguien o algunos, social y no socialmente
- 1 Cuando uno o varios lo hacen como adicción

37 Patología:

Califique

- 4 Nadie
- 3 Alguien dentro del subsistema hijos.
- 2 Alguien del subsistema parental.
- 1 Todos frecuentemente.

38 Patología:

Califique

- 4 Nadie o nunca.
- 3 Alguna vez alguien
- 2 Frecuentemente alguien del subsistema hijos
- 1 Muy frecuentemente cualquier subsistema.

39 Patología:

Califique

4 Nadie

3 Alguna vez, alguien de cualquier subsistema

2 Uno o varios, frecuentemente, estando involucrado el subsistema parental.

1 Uno o todos continuamente o más de cada subsistema.

40 Patología:

Califique

4 Nadie

3 Se aísla, a veces alguien del subsistema hijos

2 Se aísla, a veces alguien del subsistema parental frecuentemente.

1 Uno o algunos muy frecuentemente.

Instrucciones para llenar el formato de calificación:

1. Anote en cada cuadro la calificación dada al número de reactivo.
2. Haga la suma horizontal (de los recuadros).
3. Obtenga el puntaje global, haciendo la suma de forma vertical (de la secuencia de los 40 reactivos) Tomados de la Escala, no del formato.
4. Vacíe los resultados en la hoja de representación gráfica.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FORMATO DE CALIFICACIÓN:

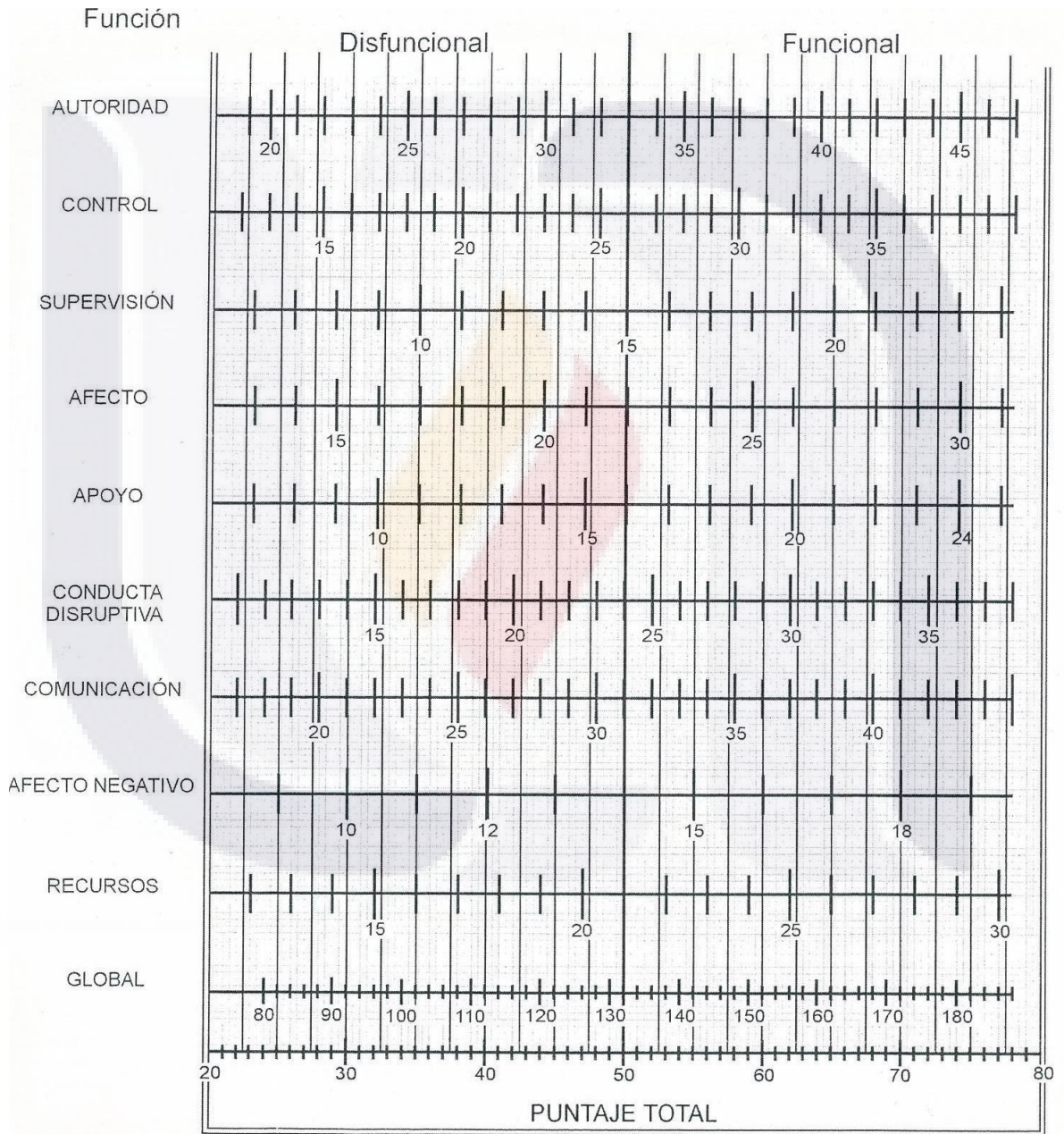
Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo el 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando los puntos de los 40 ítems. Debido a la repetición de ítems en diferentes escalas.

Función											Suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28							
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
Afecto negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					

Puntaje global	
Obtenido con las sumas de las calificaciones del 1 al 40	

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Familia: _____ Fecha de aplicación _____
 Tiempo de formada: _____ Etapa de ciclo vital _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: Adultos _____
 Adolescentes: _____ Niños: _____ Tipo de familia: _____



ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Familia: _____

Tiempo de unión: _____

Ingreso familiar: _____ **Ingreso per cápita:** _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia

Descripción de la vivienda:

Observaciones:

FAMILIOGRAMA



ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL ACO Y COLS. ⁽³⁹⁾

Instrucciones para el examinador: favor de marcar con una cruz el o los cuadros correspondientes al miembro de la familia al que se está refiriendo o entrevistando su respuesta al mismo.

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

3. ¿En su familia hay alguna persona que sea más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

4. ¿Si se reúne la familia para ver televisión, quien decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa ¿a quién se le avisa?

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan_____

Funcionalidad_____

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

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad_____

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

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas_____ Funcionalidad_____

14. En las decisiones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

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

Pide permiso	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

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

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente	Como castiga
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad _____

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Pide Ayuda	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No pide
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

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

Salen juntos	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No salen
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

20. En esta familia ¿Quién protege a quién?

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No protegen
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

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

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No conversan
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma alguna decisión o se llega a un acuerdo ¿a quienes se les hace saber con claridad?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

31. ¿en esta familia quienes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

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

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

33. ¿Quiénes de la familia se abrazan espontáneamente?

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

34. ¿Cuándo se llegan a enojar en esta familia, quienes son los que lo hacen y con quienes?

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quién?

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad _____

Instrucciones del examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presenta los eventos cuestionados.

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

	Frecuencia		
	Muy Frecuencia	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad _____

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

	Frecuencia		
	Muy Frecuencia	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad _____

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

	Frecuencia		
	Muy Frecuencia	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad _____

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia		
	Muy Frecuencia	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad _____

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Frecuencia		
	Muy Frecuencia	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad _____

ANEXO 2
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION REGIONAL AGUASCALIENTES.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
DEPARTAMENTO ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE
INVESTIGACION CLINICA.

Aguascalientes, Ags. A dé del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto titulado **“Percepción de la funcionalidad familiar en el adolescente con obesidad en el área de nutrición de las UMF de la zona metropolitana de la Cd de Aguascalientes.**

Registrado ante el comité local de investigación con el N° R-2010-101-16

El objetivo de este estudio, es Caracterizar la percepción del funcionamiento familiar de los adolescentes con obesidad en las áreas de nutrición de las UMF de la zona metropolitana de Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: aplicación de la entrevista de funcionalidad familiar de 40 preguntas.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias o beneficios derivados de mi participación en el estudio como son:

- *Riesgo:* Ninguno.

- *Inconvenientes:* Ninguno.

- *Molestias:* Dedicar unos minutos para contestar las preguntas que se incluyen en los cuestionarios.

- *Beneficios:* Describir la percepción de la funcionalidad familiar en los adolescentes con obesidad para así poder obtener las herramientas necesarias para atender la obesidad de un contexto más global y así con la ayuda de la atención primaria esta información servirá para mejorar la calidad de vida de ellos mismo en su edad adulta.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del protocolo, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del protocolo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier duda o aclaración comunicarse con la DRA CRISTINA CARMONA VELÁZQUEZ, con domicilio Ocotzingo # 200 en Fraccionamiento Torres de San Francisco.

Madre o tutor de la Encuestado

Dra. Cristina Carmona Velázquez

Testigo

Testigo

ANEXO 3.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad / mes	2009				2010									2011
	07	08 - 10	11	12	01	02	03	04	05	06	07-08	9-10	11-12	01
Elección del tema	x													
Recopilación de datos		x	x	X										
Elaboración del protocolo					x	x	x	x						
Presentación del protocolo									x	x	x	x		
Recolección de información												x	x	
Construcción de base de datos													x	
Análisis de resultados													x	x
Elaboración de tesis														X
Reporte final														X

ANEXO 4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO TEORICO O SU DEFINICION TEORICA	DIMENSIONES Y SU DEFINICION	INDICADORES TEORICA Y DE COMUNICACION	NO. DE ITEM O PREGUNTA	TIPO DE VARIABLE <small>CUALITATIVAS: NOMINAL U ORDINAL; CUANTITATIVAS: CONTINUA O DISCRETA)</small>	ESCALA DE MEDICION <small>NOMINAL, ORDINAL, DE INTERVALO O DE RAZON</small>
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Es la forma en que la familia es capaz de enfrentar las crisis tanto normativas como paranormativas, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.</p>	<p>JERARQUIA: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>2, 12, 13, 26, 28</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>
		<p>ROLES: son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>3, 11, 14, 15, 27, 29, 30</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>
		<p>CENTRALIDAD: La centralidad que cada uno logra tener dentro de la familia o el grado de significancia que cada uno tiene para los demás miembros.</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>1, 4, 5.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>

VARIABLE	CONCEPTO TEORICO O SU DEFINICION TEORICA	DIMENSIONES Y SU DEFINICION	INDICADORES TEORICA Y DE COMUNICACION	NO. DE ITEM O PREGUNTA	TIPO DE VARIABLE <small>QUALITATIVAS: NOMINAL U ORDINAL; CUANTITATIVAS: CONTINUA O DISCRETA)</small>	ESCALA DE MEDICION <small>NOMINAL, ORDINAL, DE INTERVALO O DE RAZON</small>
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Es la forma en que la familia es capaz de enfrentar las crisis tanto normativas como paranormativas, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.</p>	<p>LIMITES: son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia y además son fronteras entre una generación y otra.</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>6, 7, 9, 10</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>
		<p>CONTROL DE CONDUCTA: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de que es bueno y que es malo.</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>8, 16, 17, 25</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>
		<p>ALIANZAS: Es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las funcionales incluyen a miembros de la misma generación.</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>18, 19, 20</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>

VARIABLE	CONCEPTO TEORICO O SU DEFINICION TEORICA	DIMENSIONES Y SU DEFINICION	INDICADORES TEORICA Y DE COMUNICACION	NO. DE ITEM O PREGUNTA	TIPO DE VARIABLE <small>CUALITATIVAS: NOMINAL U ORDINAL; CUANTITATIVAS: CONTINUA O DISCRETA)</small>	ESCALA DE MEDICION <small>NOMINAL, ORDINAL, DE INTERVALO O DE RAZON</small>
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Es la forma en que la familia es capaz de enfrentar las crisis tanto normativas como paranormativas, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.</p>	<p>AFECTOS: son las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>31, 32, 33, 34, 35.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>
		<p>COMUNICACIÓN: evalúa el intercambio de conjunto de mensajes verbales o no verbales que se da dentro de una familia, a través de los cuales se relacionan entre si</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>21, 22, 23, 24.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>
		<p>PSICOPATOLOGIA: Se habla de psicopatología cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción que tienen entre ellos.</p>	<p>Escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel del manual para la evaluación del funcionamiento familiar</p>	<p>36, 37, 38, 39, 40.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.Disfuncional 2.Poco funcional 3.Medianamente funcional 4.Funcional</p>

BIBLIOGRAFIA

- 1.- OPS, Oficina Regional. División de Promoción y Protección en Salud. *Programa de salud de la familia, población y salud del adolescente*. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998.
- 2.- *Salud pública de México / vol.45, suplemento 1 de 2003 S153-S166*
- 3.- Díaz Encinas, Enríquez Sandoval, Obesidad infantil, ansiedad y familia, Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2007; 24 (1): 22-26.
- 4.- Brenda J. Lohman, Ph.D, Susan Stewart, Ph.D. Craig Gundersen, Ph.D., Steven Garasky, Ph.D., and Joey C. Eisenmann, Ph.D. Adolescent Overweight and Obesity: Links to Food Insecurity and Individual, Maternal, and Family Stressors. *Journal of Adolescent Health* 45 (2009) 230–237.
- 5.- Jiménez, Rodolfo; Díaz de León, Jorge; Malacara, Juan Manuel. La percepción de la función familiar y el desarrollo psicosexual en el adolescente obeso. *Rev. Invest. Clin*; 44(4): 525-30, oct-dic. 1992. Ilus, Tab.
6. - Barris, J; Sibel, A; Bassas, N; Quiles, I; Tomàs, J. (2000). *Obesidad y psicopatología*. En: Tomás J, eds.: *Trastornos por abuso sexual en la infancia y la adolescencia*. Valor educativo del juego y del deporte. Barcelona: Laertes: 75-88.
- 7.- Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de los Estados 1999. Dirección General de Estadística e Informática, SSA. Programa de atención a la salud de la adolescencia
- 8.- Ruiz Lázaro Patricio José, Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes.2002, 15-30.
- 9.- José Arturo Mendizábal Rodríguez,* Beatriz Anzures López** La familia y el adolescente. *REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.* Vol. 62, Núm. 3 Jul.-Sep. 1999, 191 – 197.
- 10.- Elisa Cecilia Pérez, María Jesús Sandoval, Silvia Elizabeth Schneider Dr. Luis Alfredo Azula. *EPIDEMIOLOGIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 179 – Marzo 2008. 16-20.

11. - WARDLAW, G.M and Kessel. M. (2002). Perspectives in nutrition. New York. Edit McGraw-Hill.
- 12.- José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004.
- 13.- Funcionalidad Familiar, Medicina Familiar, José Luis Huerta González. Ed. Alfil 2005, 1ra Edición. Pag. 35-40.
- 14.- Betty Rasmussen Cruz. Investigaciones en salud de Adolescentes OMS Guadalajara, Jal., DIC 2002 (1).
- 15.- Estadísticas de la UMF 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Aguascalientes.
- 16.- Programa para Adolescentes. JUVENIMSS. Estado de Aguascalientes.
- 17.- Cabello Garza, Zúñiga Zarate, Aspectos Interpersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. Ciencia UANL/vol. X, No. 2, ABRIL-JUNIO 2007, 183-188.
- 18.- Chavarría Manzo Rosalía y Camacho Calderón Nicolás. Obesidad, Autoestima y funcionalidad Familiar en adolescentes. La investigación y el Desarrollo Tecnológico en Querétaro 2006. Simposio 2006.
- 19.- Coates. V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. Adolescencia Latinoamericana, Abril-Junio 1997, 1(1): 40-46.
- 20.- Minuchin. S; Rosman, B; Bakerm K (1980), Famiglie psicosomatiche. Roma. (Astrolabio)
21. - Carrazco, Daniela. Obesity and Adolescence Exploration of relational and Emotional Aspect. 15 Abril 2009.
- 22.- BoucheJ., Hidalgo F. La familia como sistema. IV curso de experto Universitario. (2007).
- 23.- Arias L. Herrera J. EL APGAR FAMILIAR en el cuidado primario de salud Colombia Medica.
24. Herrera, P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubano, Med gen Integr 1997, 13(6): 591-5.

- 25.- Salem G. Abordaje terapéutico de la familia. 1era ed. Madrid (España): Ed. Masson; 1990.
- 26.- Ochoa de Alda (1995), Enfoques en terapia familiar Sistémica, Ed. Heder. España: pp 36-42, 127.
- 27.-Campell Thomas L. (1986). "Family's impact health critical review" Family Systems, Medicine Y: 135-200.
28. - Sue Walrond-Shinner "Terapia Familiar" Ed. Crea (el Ateneo).
- 29.- Arias. L. Herrera J. EL APGAR FAMILIAR en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994; 25:26/8.
- 30.- Mendoza-Solís. Análisis de la Dinámica y funcionalidad Familiar en Atención primaria. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 8. (1) 27-32,2006.
- 31.-Huerta González José Luis. Funcionalidad Familiar, Medicina Familiar, Ed. Alfil 2005, 1era Edición. Pág. 35-40.
- 32.- Minuchin. S. Fishman HCh. Técnicas de terapia Familiar, México: Editorial Paidós. 1996; 25-41.
- 33.- Camacho Palomino Patricia, León Nakamur Cynthia Liz, Silvia Mathews Inés, Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en Adolescentes.
- 34.- Carlos A. Martínez, Junio O. Ibáñez. Sobrepeso y Obesidad en niños y Adolescentes de la Ciudad de Corrientes. Medicina (Buenos Aires) 2001; 61; 308-314.
- 35.- Edgar, Zamora. La obesidad en los Adolescentes "un problema mundial con sustrato social". 2008.
- 36.- Mariel Ciafardo, La teoría de Gestalt en el marco del Lenguaje Visual.
- 37.- ARNHEIM, Rudolf: (1954) Arte y percepción visual, Madrid, Alianza, 1993.
- 38.- FELDMAN, Robert. Psicología. México D.F.: Mc Graw Hill, 1999. 646 p.
- 39.- Emma Espejel Aco y cols. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Instituto de la Familia A. C. 2da. Ed. 2008.65-97.
- 40.- Barker, PO. (1983). Family and Develop.

41. - Morales-Rues, MSc. Hernandez- Prado, DSc Obesity, overweight, screen time and physical overweight, screen time and physical activity in Mexican Adolescents. Salud Pública de México. Vol. 51, Sup 4 de 2009. Pág. S613-S614.

42.- INEGI. 2005.

