



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

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

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL”
ISSSTE**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD
EN EL CONSULTORIO DE NUTRICION DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
*DRA. NORA SOFÍA MONTIEL ORTIZ***

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



CD. DE MÉXICO, D. F. JULIO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD EN EL
CONSULTORIO DE NUTRICION DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. NORA SOFÍA MONTIEL ORTIZ

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD EN EL
CONSULTORIO DE NUTRICIÓN DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. NORA SOFÍA MONTIEL ORTÍZ

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD EN EL
CONSULTORIO DE NUTRICION DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. NORA SOFÍA MONTIEL ORTIZ

**AUTORIDADES DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL”
ISSSTE**

**DRA. MARIA LUISA VILLASEÑOR CASTILLO
DIRECTORA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL” ISSSTE**

**DR. CARLOS ALEJO MARTÍNEZ CALLES
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL” ISSSTE**

DEDICATORIA

Señor, si decidí estar en esta profesión, solo dame luz y paciencia para brindar salud y consuelo a mis pacientes.

A ti Hannia Sofía, pequeño ser que llegaste para darme fuerzas y armas para seguir la vida con amor y valentía, y así no dejarme caer.

A mis padres: que con su gran esfuerzo y amor me dieron esta herencia que ahora aprovecho “mis estudios” que me han hecho seguir incrementando mis conocimientos; y que a través de sus consejos creo ser un gran ser humano.

Hermanos gracias por caminar a mi lado durante todo este tiempo que hemos andado juntos y por todo ese apoyo y cariño incondicional que me han brindado.

A mis maestros, que a través de sus conocimientos y experiencias; me proyectaron un ejemplo para seguir estudiando y adquirir todos los días conocimientos nuevos de forma crítica y así seguir transformándome profesionalmente.

A todos ustedes gracias.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON OBESIDAD EN
EL CONSULTORIO DE
NUTRICIÓN DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR MARINA
NACIONAL” ISSSTE**

INDICE

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD EN EL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL” ISSSTE.

	PAGINA
I. Introducción.....	7
II. Marco Teórico.....	8
III. Planteamiento del problema.....	24
IV. Justificación.....	25
V. Objetivos.....	26
VI. Metodología.....	27
• Tipo de estudio	
• Ubicación temporal y espacial del estudio	
• Universo	
• Calculo de tamaño de la muestra.....	28
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	29
• Variables	
• Definición conceptual y operativa.....	30
VII. Análisis de datos.....	32
VIII. Aspectos éticos.....	33
IX. Resultados.....	34
X. Tablas, cuadros y gráficos.....	36
XI. Discusión de resultados.....	54
XII. Conclusiones.....	56
XIII. Bibliografía.....	58
XIV. Anexos.....	61
• Recursos humanos, materiales y físicos	
• Cronograma	62
• Carta de consentimiento informado.....	64
• Tabla de variables y tabla de variables del test FF-SIL	
• Tabla de resultados del test FF-SIL	
• Tabla con situaciones variables que evalúan el test FF-SIL.....	66
• Escala de respuesta cualitativa y de puntuación	
• Tabla sumatoria de puntos y descripción del fun. Familiar.....	68
• Declaración de Helsinki.....	69

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte, tanto a nivel internacional como nacional. México ocupa el segundo lugar a nivel mundial, el 72% de las mujeres adultas y 67% de los hombres sufren obesidad. A causa de la obesidad, se corre el riesgo de que una persona sana padezca distintos tipos de enfermedades no transmisibles, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Actualmente en la literatura se abarcan diversos aspectos, tales como su prevención, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento así como patologías asociadas. Sin embargo no se ha puesto la misma importancia al componente psicológico, social o familiar; ya que la presencia de algún trastorno de este tipo influye en el desarrollo de esta enfermedad.

Se ha propuesto que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal de causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes del sistema familiar que deben tomarse en cuenta como parte de esta problemática.

La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo.

En base a que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, y la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por las que atraviesa.

Por lo anterior podemos decir que la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Entonces, la familia no actúa solo como un contexto genético sino también ambiental, social y psicológico, para el individuo enfermo.

Durante todo este tiempo de estancia en la residencia médica de Medicina Familiar he visto la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en adultos usuarios de nuestra Clínica de Medicina Familiar, la cual ha aumentado durante los últimos años, y en otros casos hemos visto la dificultad para perder peso en nuestros pacientes.

Por lo anterior es que he decidido realizar este estudio con el propósito de conocer la funcionalidad familiar en los pacientes con obesidad del consultorio de nutrición, evaluando a cada uno de ellos a través del Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), instrumento que tiene demostrada una elevada confiabilidad y validez y que consiste en la percepción de cada miembro de la familia sobre una serie de situaciones que pueden o no ocurrir en la familia, para identificar el área afectada y delimitar el factor relacionado a la alteración del proceso familiar, permitiendo una valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar; de ésta forma se podrá dirigir un plan de acción familiar terapéutico en estos pacientes.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

OBESIDAD

La historia de la obesidad data desde la edad de piedra, el primero en identificar a la obesidad como un riesgo para la salud, fue Hipócrates, quien afirmó que la muerte súbita era más frecuente en los obesos que en las personas delgadas y recomendó algunas medidas terapéuticas.¹

Es el trastorno metabólico y nutricional más antiguo que se conoce en la historia de la humanidad, demostrado en momias egipcias y esculturas griegas a mediados del siglo XIX.

En 1947, Jean Vague mencionó, por vez primera, la posibilidad de que los riesgos de salud atribuibles a la obesidad pudieran estar relacionados con los depósitos regionales de grasa corporal, sobre todo, en relación a la grasa que se dispone en la parte superior del tronco.² Sugiere que el predominio de la grasa abdominal eleva el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares, 30 años después, varios estudios demuestran la amplia cobertura sobre la relación entre la distribución de la grasa y la morbi-mortalidad, lo que confirma la hipótesis de Vague.³

Los estudios epidemiológicos de la obesidad son recientes, antes del año 1960, ya que no era considerada un problema importante para la salud pública. En 1974 por medio de la publicación del libro de Garrow “Energy balance and obesity in man”, se realizó el primer congreso internacional de Obesidad en Londres, donde se comenzó a dar importancia a esta enfermedad. Ya en 1980 se comenzaron a realizar estudios recientes y más significativos de obesidad en Suecia.⁴

En 1988 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional Probabilística sobre nutrición y alimentación en México con datos alarmantes. En 1997, la OMS incluye a la obesidad, entre las enfermedades epidémicas, con fundamento en los datos estadísticos del aumento importante de esta enfermedad, dicho suceso se dio a conocer a todos los países del mundo, ya que el número de obesos crece en forma alarmante.⁵

La obesidad, es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en el cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida, se caracteriza por un incremento de peso corporal a expensas de tejido muscular y masa esquelética con mayor almacenamiento de nutrientes en forma de grasa, la pérdida del balance energético, ocasionada por el aumento de la ingesta de calorías o por disminución de su gasto, da como resultado un balance energético positivo manifestado por la acumulación de exceso de energía en forma de grasa, dentro de las células llamadas adipositos, dando como respuesta del tejido adiposo, con un aumento del tamaño y cantidad de sus células, presentando pues, hipertrofia e hiperplasia de los adipositos.⁶

Estudios recientes, han demostrado que tanto los genes como el ambiente familiar contribuyen a la aparición de la enfermedad. El 25% de varianza transmisible total se atribuye al factor genético, el 30% a la transmisión cultural y el 45% a otros factores ambientales no transmisibles, la “herencia cultural” y la herencia genética son elementos primordiales que llevan al exceso de adiposidad.

Más de 20 genes con alteraciones o disfunciones son implicados como productores de obesidad, tales son; genes Ob que codifican la hormona llamada leptina que expresa y secreta en el adiposito, actúa inhibiendo las acciones neurofisiológicas hipotalámicas de un neurotransmisor intracerebral, el neuropeptido el cual incrementa el apetito y disminuye la termogénesis, se ha determinado que el plasma y el líquido cefalorraquídeo de personas obesas, contienen elevadas concentraciones de leptina.¹⁻⁷

La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares y ciertos tipos de cáncer, como el de mama y próstata.⁸⁻⁹ En los niños, la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura, así como de obesidad y discapacidad en la edad adulta.¹⁰

La clasificación de la obesidad en un individuo permite identificar a aquellos con mayor riesgo de morbi mortalidad. Así mismo, sirve para identificar a sujetos en quienes una intervención oportuna podría prevenir la aparición de obesidad, co morbilidades o complicaciones, para evaluar el tratamiento y mejorar el pronóstico de los pacientes.¹¹

Clasificación

Las clasificaciones más utilizadas para definir obesidad en adultos se describen en la tabla 1.

Por IMC* de acuerdo a la OMS y la Norma Oficial Mexicana (NOM)

Fuente	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
OMS	< 18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	30.0-34.9 Grado I	35.0-39.9 Grado II	>40.0 Grado III
NOM	–	–	25.0-26.9	> 27		
Por el riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas de acuerdo con la CC*						
Riesgo de complicaciones Metabólicas			Incrementado	Sustancialmente incrementado		
Hombres			≥ 94 cm	≥ 102 cm		
Mujeres			≥ 80 cm	≥ 88 cm		
Obesidad abdominal de acuerdo a los criterios de la <i>International Diabetes Federation</i>†						
Hombres			≥ 90 cm			
Mujeres			≥ 80 cm			
IMC: peso actual (kg)/estatura (m)² IMC saludable* < 24 Peso saludable o IMC saludable = (24)x talla en (m²) Rango de peso saludable: IMC saludable (escoger un IMC menor a 25) ejemplo: (24.9)x 1.60 m² Peso saludable mínimo = 18.5 x 2.56 = 47.3 Peso saludable máximo = 24.9 x 2.56 = 63.7 *El IMC saludable se puede definir en el ámbito clínico entre 20 y 25 unidades en hombres y entre 19 a 24 en mujeres. El personal de salud debe determinar cual es el IMC saludable dentro de este rango tomando como base la constitución, la edad y las expectativas de cada paciente. Si se toma el límite superior del rango, el peso despejado se puede denominar peso máximo normal. †Adaptado de: WHO (2000) <i>Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, Report of a WHO Consultation on Obesity.</i>						

Tabla 1. Clasificación de obesidad por IMC y CC

Algunos indicadores utilizados en dicha tabla son:

- Índice de masa corporal (IMC) o el Índice de Quetelet —es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. Tiene una alta correlación con la grasa corporal y permite evaluar la condición nutricional de una persona, considerando desnutrición, peso adecuado, sobrepeso u obesidad.¹¹ El IMC constituye la medida poblacional más útil, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. Este indicador es de bajo costo, fácil aplicación y es una herramienta de tamizaje con un valor predictivo positivo sumamente alto¹¹.

$$\text{IMC, Kg/ m}^2 = \text{Peso(Kg)} / \text{Estatura(m}^2\text{)}$$

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso cuando el IMC es mayor o igual a 25 kg/ m² y obesidad cuando el IMC es mayor o igual a 30 kg/ m².¹² En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.¹³

- Circunferencia de cintura (CC). Es un indicador de adiposidad central muy útil para evaluar riesgo cardiovascular. Al igual que el IMC, es de fácil aplicación, bajo costo y no invasivo. Aunque no ajusta para la estatura, debido a la poca variabilidad en gran parte de la población, esto no afecta de forma importante su valor predictivo. Entre sus desventajas esta que es una medición que depende mucho del evaluador, a diferencia del IMC.¹¹
- Por fenotipo. Aunque es poco frecuente que se utilicen otros métodos para la evaluación y pronóstico de la obesidad, desde la perspectiva anatómica es posible reconocer cuatro tipos de exceso de peso de acuerdo con su fenotipo: exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación (periférica), exceso de grasa subcutánea en el tronco y el abdomen (androide), exceso de grasa abdominal visceral (central) y exceso de grasa en la región glútea y femoral (ginecoide)¹¹.
- El ICC ha sido el índice más ampliamente usado para clasificar anatómicamente a la obesidad en androide y ginecoide. La medición de las circunferencias se realiza con una cinta métrica, en posición de pie. La cintura se mide por debajo del reborde costal y por encima de la cresta ilíaca, tomándose la menor medición a este nivel. Se considera como circunferencia glútea la mayor medición realizada a nivel de la prominencia glútea¹⁴. El índice cintura cadera se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{ICC} = \frac{\text{circunferencia abdominal}}{\text{circunferencia glútea}}$$

La obesidad androide o central se caracteriza por un acumulo de grasa en tronco y abdomen, con un valor de ICC mayor de 1,0 para hombres y mayor de 0,85 para mujeres. La ginecoide o periférica, distribuye la grasa fundamentalmente en el área glúteo-femoral, con valores de ICC inferiores a los mencionados previamente para cada sexo. La obesidad androide se asocia a una serie de complicaciones metabólicas, tales como hiper insulinismo, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, gota, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

El mecanismo que explica esta observación no está claro, pero podría deberse a una mayor captación hepática de ácidos grasos libres a partir de los adipositos abdominales, disminución de la extracción hepática de insulina, hiper insulinemia y aumento de la resistencia insulínica.

La obesidad es un problema de salud pública mundial en el cual aproximadamente 1,700 millones de adultos padecen sobrepeso y 312 millones, obesidad.

Uno de los estudios diseñado para describir la magnitud y la distribución de los factores de riesgo asociados a la enfermedad cardiovascular y la obesidad es el proyecto Multinacional para la Vigilancia de Tendencias y Factores Determinantes de las Enfermedades Cardiovasculares (MONICA) desarrollado en 48 ciudades.

En este proyecto, se encontró que la mayoría de las ciudades incluidas tenían una prevalencia de sobrepeso y obesidad superior al 50%, y en algunos países, como EE.UU., Egipto y Rusia, la obesidad se presentó hasta en el 30% de la población. Aunque para el continente americano no se tienen datos disponibles para todos los países, se sabe que la magnitud del problema es similar en Canadá, EE.UU. y México, mientras que países como Brasil tienen una prevalencia de obesidad de tan solo un 8.3%.¹⁵

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como diversos gobiernos, han reconocido la necesidad de considerar el problema de la obesidad como prioritario.

De hecho, la OMS en las últimas dos décadas ha trabajado intensamente en su prevención y control, publicando dos informes técnicos en los años 1990 y 2000^{16,17}. La obesidad es la epidemia del siglo XXI como lo dice la OMS, ya que en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública, motivo del estilo de vida entre otras causas, con repercusiones a nivel individual, familiar y social, representando en la actualidad un reto sanitario en el mundo. Por lo tanto el profesional de la salud –médico, nutriólogo o psicólogo- deben de incluir en el proceso terapéutico a la familia del obeso¹⁸

FAMILIA

La Real Academia Española define el término familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”^{19,21,23}

La Organización Mundial de la Salud, señala familia “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio” Grupo en donde debe predominar dentro de la sociedad, y los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma.^{19,21,23}

Es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.²⁰

Existe suficiente información que permite concluir que la familia es una institución que mantiene una interacción e influencia recíproca con la civilización que le da origen, ya que si bien sus características dependen de la civilización de que forma parte, se puede considerar que también las particularidades estructurales de la civilización dependen de la forma concreta como se estructuran y organizan las familias en una época y lugar determinado.²¹

Posee formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.²⁰

De manera general se dice que la familia realiza sus funciones para cumplir dos grandes objetivos: uno interno para lograr la protección psicosocial de sus miembros, y otro externo para lograr la adaptación y transformación de la cultura; éstas funciones las ejerce, modifica y adapta según las exigencias del entorno.²¹

La familia ha debido cambiar, en diferentes épocas, su forma de alcanzar esos dos grandes objetivos, pero ha logrado preservarse como la institución social de mayor importancia para esos efectos, y en ese devenir se ha convertido en una unidad de análisis para varias disciplinas del conocimiento.²¹

¿COMO AFECTA LA OBESIDAD A LA FAMILIA?

Los datos obtenidos en las investigaciones apoyan la idea de que la familia desempeña un importante papel en la salud y en la enfermedad de sus miembros.²²

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

Toda enfermedad, sobre todo las crónicas, puede amenazar el curso del ciclo evolutivo y la dinámica de la familia.¹⁹⁻²¹ Cuando una alteración orgánica o emocional aparece en un individuo, su respuesta conductual se modifica negativamente, y se identifican algunas características psicológicas como: Inhibición, baja autoestima, carácter alterado, deseo sexual disminuido y alta somatización de su enfermedad.

Las reacciones negativas asociadas con más frecuencia a la enfermedad son: la negación, la pasividad, el aislamiento, la culpa, la desesperanza y el miedo. El impacto del padecimiento no es sólo en los pacientes, sino también en las interrelaciones familiares e inclusive, se habla de un alto costo social que determina su repercusión multifactorial.²¹

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

Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciéndolo que un miembro de ella, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto, de esta manera surge el denominado paciente identificado (enfermo, malo, culpable, etc.) la familia determina que es éste el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar, y cumpliendo con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio en las relaciones familiares. Es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma.²³

Ante un diagnóstico de un trastorno como la obesidad, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles, con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.^{21,22,23}

La aparición de la obesidad sitúa al sistema familiar ante un entorno que conlleva a la carga emocional de una enfermedad difícil de tratar; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el de ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, músculo esqueléticas, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema familiar.²²

Dentro de una familia, el obeso es, de alguna forma, el emergente de una situación familiar patológica. Es el portavoz de la enfermedad familiar y expresa la misma, por medio de su enfermedad, que en este caso es la obesidad.

Desde este punto de vista, se puede pensar en la importancia de la contención familiar en la obesidad. El obeso, como enfermo que emerge de una

familia o núcleo familiar, expresa el lado no sano de esa familia con el síntoma de la obesidad.

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

El funcionamiento familiar es el factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Con base en que cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por las que atraviesa.^{19,21,23}

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

En las familias funcionales existe la suficiente flexibilidad para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se pueden conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en las disfuncionales, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando la crisis amenaza romper el equilibrio.^{19,21}

Entonces, la obesidad desde un abordaje familiar, debe realizarse junto al obeso. Él y su familia como un todo, que debe resolver su problema y no depositar el problema únicamente en el miembro enfermo, por medio de quien emerge la enfermedad familiar. Todos deben asumir el problema como propio y apoyar un tratamiento psicológico – grupal – familiar, en el que se aborde la problemática del obeso.

La mejor forma de que opere la contención familiar en la obesidad, es en suma, que la familia apoye un tratamiento familiar teniendo la voluntad de asistir a una serie de encuentros terapéuticos con especialistas en abordajes familiares y grupales. Esto se complementa en general con terapias individuales, en caso que sean necesarias.

De esta forma el obeso no asume sólo su problema y no “se hace cargo” de la enfermedad familiar o de los aspectos no sanos de una familia. La ansiedad se distribuye entre todos los miembros de la familia, al enfocarse el tratamiento desde el grupo familiar. Este es sin duda, el mejor apoyo que puede darle la familia como contención a quien tiene obesidad.

ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES

La Obesidad en Chile

El Dr. Diego García-Huidobro del Departamento de Medicina Familiar, de Macul, en Santiago Chile, en su artículo *El Enfoque Familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos*,²⁴ nos hace mención que nos encontramos viviendo las consecuencias de una sociedad moderna: una población envejecida, una pandemia de enfermedades crónicas y una importante prevalencia de trastornos depresivos. Sin embargo, a pesar de los avances para lograr diagnósticos tempranos y tratamientos altamente efectivos, hemos sido incapaces de contener el avance de las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

El abordaje actual de las patologías crónicas en la Atención Primaria está centrado en la prevención de los factores de riesgo, que en su mayoría se relacionan con los hábitos de salud y son modificables por medidas preventivas específicas. Sin embargo, se aplica un enfoque de trabajo individual, centrado en lo curativo, y por los pobres resultados alcanzados con esta aproximación, debemos pensar en nuevas estrategias de trabajo como es la familia, el entorno más cercano de las personas, y que no ha sido estudiada en profundidad como posible agente responsable de la salud o enfermedad de sus integrantes, ni menos como unidad de abordaje terapéutico. La familia es el ambiente central en el cual se desarrollan, mantienen y cambian los hábitos de salud.

Los familiares tienden a compartir los mismos hábitos de salud, incluyendo patrones de alimentación, de actividad física y uso de sustancias. Los estilos de vida de un individuo se relacionan con los de su pareja y los hábitos de salud de padres influyen el tipo de conductas que los hijos adoptarán en el futuro.

Lo mismo ocurre para otras condiciones relacionadas a los hábitos de salud, como la obesidad y el sedentarismo. Por otra parte, la salud de un integrante repercute en los otros miembros de la familia por vías distintas a los hábitos de salud.

También, los miembros de una familia comparten estilos de vivencia y respuesta emocional frente a los eventos estresantes, y pueden desarrollar mecanismos familiares de adaptación o desadaptación ante las adversidades, que pudieran repercutir en su salud física y/o mental.

A pesar de todos los potenciales beneficios, hasta ahora ha habido un escaso desarrollo de intervenciones dirigidas específicamente a las familias para potenciar sus fortalezas y mejorar su salud. Necesitamos mayor investigación para entender cómo los factores psicosociales y familiares afectan el desarrollo de las conductas de salud y conocer los componentes críticos que debieran incluir intervenciones dirigidas a la familia. Debíamos diseñar, implementar y evaluar innovaciones dirigidas a la promoción del bienestar familiar fortaleciendo sus recursos internos.

Así, aumentando el apoyo familiar, mejorando la calidad de relaciones y generando cambios en los hábitos de vida familiar, se pudiera contribuir a controlar el avance de las enfermedades crónicas, mejorar la salud de las personas y aumentar la calidad de vida de todos.²⁴

Otro estudio de investigación en niños obesos describe comportamientos que expresan “desregulación” en los mecanismos de control conductual y regulación emocional, así como patrones de funcionamiento familiar caracterizados por dificultades en el control y expresión emocional de sus miembros.²⁵ Se señala que la intervención psicosocial constituye un importante aporte en el incremento de la adherencia al tratamiento. Se considera la focalización en grupos de mayor riesgo biológico y la posibilidad de insertar estas intervenciones dentro del sistema escolar que mejoran la adherencia del niño y la familia.

La obesidad en España

España tiene un número de personas con obesidad por encima de la media europea, cada vez más cerca de los números de los Estados Unidos, uno de los países con más problemas de obesidad en el mundo.²⁶ España es el segundo país de la Unión Europea con mayor porcentaje de niños obesos o con sobrepeso, concretamente, el 15% de los niños españoles sufre obesidad y el 33% sobrepeso. Además de la obesidad en niños, otra franja de edad afectada por la obesidad es la de más de 55 años, con una afectación del 21% en los hombres y el 34% en las mujeres.²⁷

Actualmente, la obesidad se está convirtiendo en una epidemia a la que hay que prestar una especial atención y tratar de cambiar las costumbres y los hábitos para no sufrirla. Es un hecho especialmente importante en los niños, para adquirir hábitos que permitan llevar una vida saludable y no ser obesos cuando lleguen a la edad adulta. Uno de los problemas más graves es que los niños obesos o con sobrepeso se convierten en adultos obesos:

1. un 25% de los niños obesos serán adultos obesos.
2. el 75% de los adolescentes obesos serán adultos obesos.

Numerosos estudios señalan que la obesidad se asocia con problemas en el funcionamiento familiar, hábitos alimentarios poco saludables y dificultades para ofrecer contención emocional y conductual que necesita la persona obesa en proceso de recuperación.

Además, en estas familias se han normalizado los hábitos alimentarios poco saludables responsables de la obesidad. Un dato que refleja esta influencia familiar es que el 58% de los obesos tienen familiares también con esta patología, frente al 14% de las personas sanas.^{26,27}

El Institut de Trastorns Alimentaris (ITA) ha creado un programa de intervención en sobrepeso y obesidad para tratar este trastorno, tanto en adultos como en niños.

Desde el Instituto se considera que es urgente cambiar las estrategias tradicionales de tratamiento de la obesidad, centradas exclusivamente en la parte biológica de la enfermedad, por otras estrategias que enfoquen el tratamiento desde un punto de vista más integral.²⁸

Hasta ahora los tratamientos se han basado en dos pilares básicos: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física. Estas variables han demostrado ser insuficientes para el abordaje del sobrepeso y la obesidad, y hasta un 20% de los pacientes obesos no sólo no mejoran sino que aumentan de peso una vez iniciado este tratamiento.

Los factores psicológicos y familiares en la obesidad

Existe un gran volumen de evidencia científica que corrobora los factores psicológicos y familiares de la obesidad. Estos factores pueden clasificarse en factores facilitadores y mantenedores de la obesidad.²⁸ Entre los factores facilitadores de la obesidad destacan:

1. El valor simbólico de algunos alimentos asociados a celebraciones o reuniones familiares y el hecho de pertenecer a una familia con una fuerte "identidad obesa".
2. En obesidad se ha comprobado que ciertas estructuras familiares (hijo único, hijo de padres separados, adoptados, familias monoparentales, madres mayores de 35 años, familias numerosas) se asocian con un mayor riesgo de padecer obesidad.
3. El nivel socioeconómico de la familia (estatus elevado en países con escasos recursos, estatus económico bajo en países desarrollados) constituye otro de estos factores que facilitan el desarrollo de la obesidad.
4. Otros factores como el clima, el fácil acceso a la comida y el abuso de actividades de ocio sedentarias (TV, videoconsolas) aumentan las posibilidades de que la obesidad en el niño se desarrolle.

En los factores mantenedores se encuentra parte de la explicación al fracaso de los tratamientos biomédicos de la obesidad. Entre ellos destacan:

1. Dificultades para establecer relaciones sociales gratificantes.
2. Malos hábitos asociados a la comida en el entorno familiar.
3. Falta de implicación de los miembros del grupo familiar.
4. Falta una adecuada pauta alimentaria.
5. Sustituir alimentos sanos por alimentos rápidos y altamente energéticos.
6. Saltarse comidas o picar constantemente durante todo el día.
7. No llevar a cabo un ejercicio físico continuado.
8. Dificultades para el manejo de las emociones.

Un tratamiento que busca el bienestar emocional y social

ITA ha creado un nuevo programa de intervención en sobrepeso y obesidad que ofrece una asistencia integral, abordando no sólo los problemas en el ámbito físico, sino sobretodo, el bienestar emocional y social de estos pacientes.²⁸

El objetivo del programa es modificar los hábitos de vida que se relacionan con los problemas de peso de los niños, cuyas edades están comprendidas entre los 7 y los 15 años. Es un dato relevante que uno de los principales factores de riesgo de inicio de los trastornos de la alimentación es una historia de obesidad infantil, de ahí que preocupe especialmente intervenir de forma eficaz en dicha población.

Por ello es necesario actuar cuanto antes para que el niño con obesidad pierda el exceso de grasa y aprenda qué es una alimentación y estilo de vida saludables. No sólo es imprescindible la modificación de estos hábitos sino también conseguir que éstos se mantengan en el tiempo. Para lograr este fin es necesario trabajar variables personales que permitan un mayor reconocimiento y manejo emocional y una mejor identificación de la autoestima y de la imagen corporal.

ITA propone un programa de intervención en el que se trabaja, no sólo desde la educación e instauración de hábitos nutricionales y de actividad física, sino que también incluye estrategias motivacionales orientadas a conseguir aquellos cambios personales y familiares necesarios para favorecer la conciencia de problema y la adherencia al tratamiento. El Instituto dispone en su hospital de Cabrils (Maresme) de una unidad específica de obesidad infanto-juvenil, donde los pacientes pueden realizar una estancia residencial breve para aplicar un programa intensivo psico educativo.

Otro factor que se refuerza en estos pacientes aquellos aspectos psicológicos que se relacionan con la vulnerabilidad o fragilidad. Esos factores personales pueden caracterizar también a algún miembro de la familia y, por tanto, a las formas de educar y de formar que pueden conducir a maneras de relacionarse con la comida poco adecuadas. Frecuentemente, la alimentación se convierte en un modo de vehicular o suplir deficiencias. Es importante evaluar y reconocer las emociones vinculadas a la comida y a partir de ellas ir aprendiendo a manejarlas.²¹

El objetivo del tratamiento de ITA es implicar al niño y a la familia para hacerlos motor del cambio hacia un estilo de vida diferente, activarlos a reconocer la función que la comida y la alimentación ha tenido en sus vidas y a partir de ahí empezar a reestructurar otras formas de funcionar. El Instituto dispone de un programa específico para los familiares en que se tienen en cuenta sus dificultades psicológicas, conductuales, nutricionales, educacionales motivacionales, atendiéndolas de forma individualizada y grupal.

La Obesidad en México

La prevalencia de obesidad en México ha podido estimarse gracias a la información obtenida de diversas encuestas de representatividad nacional, realizadas en su mayoría desde finales de la década de 1980 por la Secretaria de Salud (SS) y el Instituto Nacional de Salud Publica (INSP). Por ellos, se tiene conocimiento de la magnitud y la distribución del problema en nuestro país, su asociación con otros factores de riesgo e incluso algunas de sus consecuencias estratificadas por región, nivel socioeconómico y localidad.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adultos mexicanos se ha incrementado de manera alarmante en las últimas dos décadas.

Entre 1988 (ENN I) y 1999 (ENN II) la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años (usando como referencia la *National Center for Health Statistics* [NCHS]) aumento aproximadamente un 27% (de 21.6 a 28.7%).

Para el año de 1988 no se tienen datos nacionales para niños de 5 a 11 años, pero para 1999 la prevalencia de sobrepeso fue de aproximadamente un 25%, usando como referencia la clasificación propuesta por Must, o de casi un 20% cuando se uso la clasificación de la *International Obesity Task Force* (IOTF).

En el caso de las mujeres en edad reproductiva, al comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los años 1988 y 1999, se observó que la prevalencia incremento cerca del 70% (de 35 a 59%).

Al comparar las prevalencias en hombres y mujeres mayores de 20 años de edad, entre los años 1994 (ENEC) y 2000 (ENSA 2000), el sobrepeso (IMC de 25 a 29.9 kg/m²) aumento cerca del 50% (de 24 a 35%) y la obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) un 150% (de 9 a 24%).

Estos incrementos fueron observados en todas las regiones, en ambas localidades, y en todos los niveles socioeconómicos, los aumentos relativos más altos en la prevalencia de obesidad fueron observados en la categoría de edad más joven (de 20 a 39 años), donde aumento 6.9 puntos porcentuales durante el periodo de estudio (47%), seguidos por el grupo más viejo (de 60 a 75 años), que mostró un incremento de 7.6 puntos porcentuales para llegar a un 36%.

La obesidad aumento más en la región norte y centro (alrededor de 8 puntos porcentuales durante los seis años del periodo), seguidos del sur (aproximadamente seis puntos porcentuales) y Ciudad de México (tres puntos porcentuales).

La prevalencia de obesidad juvenil e infantil está en aumento tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo²⁹. En México, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia nacional combinada de obesidad y sobrepeso en niños de entre 5 y 11 años fue de 26% para ambos sexos (4,158,800 escolares con sobrepeso u obesidad), en comparación con la prevalencia de 1999, que fue de 18.6%.

El aumento entre 1999 y 2006 fue de 39.7% para los sexos combinados en tan solo siete años en este grupo de edad³⁰. El 30% de población mayor de 20 años (mujeres 34.5% y hombres con 24.2%) tiene obesidad. El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población entre los 30 y 60 años con predominio en mujeres.³⁰

Si bien la asociación entre obesidad con la actividad e inactividad física ha sido documentada en estudios longitudinales y transversales en países desarrollados³¹, hasta donde tenemos conocimiento, esta asociación sólo se ha documentado en México mediante un estudio transversal³².

Otros Estudios

La obesidad por sus complicaciones médicas, psicobiológicas y socio-económicas, supone un importante problema para la población. Llama la atención el creciente incremento de la prevalencia de obesidad en los adolescentes.

En Europa se aprecia que la prevalencia de obesidad en adolescentes tiene una tendencia creciente norte-sur, que se aprecia también en nuestro país.

En España, los estudios de Aranceta³³, Serra-Majem³⁴ y Quiles-Izquierdo³⁵ acerca de la prevalencia de obesidad en la adolescencia es entre el 5 y el 6 % en los varones y del 4 al 8 % en las mujeres. Esta prevalencia es similar a la observada en los países europeos (Kluthe)³⁶ pero muy inferior a la de EE.UU.

Obando.³⁷ Comprobó una asociación significativa entre la obesidad del adolescente y la disfunción familiar. Aunque no se conoce su causa, parece que esta asociación tiene que ver con el género del adolescente, ya que en los varones la alteración de la dinámica familiar era uno de los factores determinantes de la obesidad, mientras que en las mujeres no se aprecia esa asociación.

Beck y Terry.³⁸ comprobaron que las familias con adolescentes obesos estaban menos unidas y menos organizadas que las familias con adolescentes con normo peso.

Johnson.³⁹ Las familias con reglas poco claras y mal establecidas, en la que los adolescentes toman muchas decisiones por falta de liderazgo de los progenitores y estén poco cohesionadas, se pueda favorecer actitudes erróneas hacia la comida que pueden ocasionar obesidad.

Por último, queremos destacar las conclusiones a que llega Obando en su investigación sobre obesidad y familia, en donde señala que los factores que con más frecuencia se asocian a la obesidad en los adolescentes son los siguientes: Ser varón, encontrarse en el estadio de la adolescencia media, contar con antecedentes familiares de obesidad en alguno de los progenitores, pertenecer a una familia monoparental, haber sufrido acontecimientos vitales estresantes, tener una red social escasa y formar parte de una familia disfuncional.³⁷

Algunos piensan que la obesidad puede ser la expresión de una disfunción familiar, entendiendo como tal, la incapacidad de la familia para poder responder a situaciones estresantes. Sin embargo, existe controversia entre los distintos estudios que relacionan funcionamiento familiar y obesidad.⁴⁰

INSTRUMENTO DE ESTUDIO

Los intentos para medir y describir a la familia tienen cierto tinte empírico, ya que la medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente complejo debido a la gran interacción de factores que lo conforman y solo algunos autores han logrado estudiar este funcionamiento considerándolo como un proceso multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente, los cuales finalmente nos dan estilos de vida familiares con un funcionamiento específico.²¹

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, no han permitido presentar estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de la familias con las técnicas y estrategias de investigación.²¹

Algunas teorías intentan definir y proporcionar parámetros de medición de la funcionalidad familiar, para que podamos considerar cuáles son los instrumentos que permiten una mejor evaluación del funcionamiento de la familia a través del esclarecimiento del contexto de dicha medición e interpretación.²¹

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Por ello existen un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados Instrumentos de Atención Integral a la Familia, ya que ofrecen una visión gráfica de la familia, facilita la comprensión de sus relaciones, y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un “panorama mayor”, desde el punto de vista histórico como del actual en relación con el funcionamiento familiar.²¹

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

Por lo tanto el instrumento que utilizaré para la obtención de los datos en este estudio es el test de funcionamiento familiar (FF-SIL) que tiene demostrada una elevada confiabilidad y validez a nivel nacional e internacional y que permite hacer una valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar.

Test Funcionamiento Familiar FF-SIL

Dolores de la Cuesta Freijomil y colaboradores, en 1996 elaboraron el FF-SIL para determinar las categorías, que a su juicio son las que evalúa el funcionamiento familiar.⁴¹

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL): Es un instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Funcionamiento familiar: Se le considera como la dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

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

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

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

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

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

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

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

De acuerdo a la puntuación obtenida, esta se traduce en la información de las familias funcionales, familias moderadamente funcionales, familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales.

El test consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, en donde se valora un total de 14 cuestionamientos familiares, correspondiéndoles un valor de 2 a cada una de las siete variables que mide el instrumento.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que ésta a su vez tiene una escala de puntos, la aplicación del instrumento mostrará el grado de disfuncionalidad y se identifica el área afectada, sirve para delimitar el factor relacionado a la “alteración de los procesos familiares”.

De ésta forma se podrá dirigir un plan de acción familiar”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad, es una enfermedad tan importante como la desnutrición en nuestro país; tiene tal importancia que en los últimos años la Organización Mundial de la Salud la ha designado como un problema de salud pública con repercusiones individuales, familiares y sociales.

Nuestro país ocupa el segundo lugar a nivel mundial con 72% de mujeres adultas y el 67% de los hombres que sufren esta enfermedad. La prevalencia de obesidad juvenil e infantil está en aumento tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. En México, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia nacional combinada de obesidad y sobrepeso en niños de entre 5 y 11 años fue de 26% para ambos sexos (4,158,800 escolares con sobrepeso u obesidad), en comparación con la prevalencia de 1999, que fue de 18.6%.

El aumento entre 1999 y 2006 El 30% de población mayor de 20 años (mujeres 34.5% y hombres con 24.2%) tiene obesidad. El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población entre los 30 y 60 años con predominio en mujeres.³⁰

La aparición de la obesidad sitúa al sistema familiar ante una situación que conlleva a la carga emocional de una enfermedad difícil de tratar; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el de ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; porque no es el resultado de una cadena lineal causa efecto, sino la interacción entre diversos factores y componentes del sistema familiar de tal forma que la conducta de uno de los integrantes depende del efecto de las interacciones y características organizacionales de la familia que interactúan entre si; por lo anterior podemos decir que la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, y en base en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional para enfrentar cada una de las crisis por las que atraviesa.

Por lo tanto la familia no actúa solo como contexto genético sino también ambiental para el individuo enfermo de obesidad causante de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, musculo esqueléticas, entre otras que puedan ir surgiendo y originando una incapacidad no solo en personas adultas sino también en menores de edad que sobrecarga aún más el sistema familiar, con un fuerte impacto social y económico cada día mayor.

Revisando todo lo anterior la autora ha visto cada día el aumento importante de la prevalencia de la obesidad en los usuarios de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional durante los últimos tres años en que llevo realizando la residencia. Por lo anterior es que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿La obesidad del paciente del servicio de nutrición, repercute en la funcionalidad familiar

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de obesidad en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional ha ido en aumento en los últimos años por lo que son varios los problemas de salud que llevan a los usuarios del servicio médico a la consulta y que están causados o asociados por el sobrepeso y la obesidad y que repercuten de manera negativa en el descuido como en el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y patologías concomitantes.

El obeso, como enfermo que emerge de una familia o núcleo familiar, expresa el lado no sano de esa familia con el síntoma de la obesidad, por lo que he decidido realizar este estudio con el propósito de conocer la funcionalidad familiar en estos enfermos.

Si conocemos la funcionalidad familiar en cada uno de estos pacientes, entonces el tratamiento lo podremos abordar como un todo, para resolver ese problema familiar y no depositarlo únicamente en el miembro enfermo, por medio de quien emerge la enfermedad familiar.

Todos los miembros deben asumir el problema como propio y apoyar un tratamiento psicológico_ grupal_ familiar y en su caso individual, en el que se aborde la problemática del enfermo obeso y de esta forma entonces estaremos previniendo la causante de varias patologías o bien controlando adecuadamente las ya existentes.

OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer la funcionalidad familiar mediante la aplicación del test de funcionamiento Familiar FF-SIL en los pacientes del servicio de nutrición de la Clínica Marina Nacional con diagnóstico de obesidad que acuden a consulta externa de Medicina Familiar.

ESPECIFICOS:

1. Clasificar a los pacientes de acuerdo al grado de obesidad según la OMS.
2. Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes con obesidad en la consulta externa de nutrición.
3. Conocer el tiempo de evolución de la obesidad en estos pacientes.
4. Determinar la existencia de dieta, tipo de tratamiento y ejercicio en el estilo de vida del paciente obeso.
5. Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes con obesidad con el tipo de funcionalidad familiar.

HIPOTESIS

No necesaria en este estudio observacional por ser descriptivo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

- Observacional: De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se estudia.
- Descriptivo: Según el control de las variables o análisis y alcance de los resultados.
- Transversal: Según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio.
- Prospectivo: Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ubicada en Avenida Marina Nacional No.261 Colonia Anáhuac CP. 11320 Delegación Miguel Hidalgo la cual se encuentra en México Distrito Federal, se llevó a Cabo del primero de enero del 2010 al primero de Diciembre del 2010.

UNIVERSO.

Todos los pacientes diagnosticados como obesos mayores de 18 años que acuden al servicio de nutrición de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional ISSSTE durante el periodo comprendido del primero de enero al primero de Diciembre del 2010.

MUESTRA.

Determinación del tamaño de la muestra para estimar proporciones:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{d^2(N - 1) + z^2 pq}$$

n = tamaño de la muestra

N = universo del trabajo

Z = intervalo de confianza

P = proporción de observación esperada

Q= contraparte de proporción de observaciones

D= margen de error

Para este caso de estudio:

n = ?

N= 165 total de la población

Z = 1.96 si la seguridad es del 95%

p = 0.05 5 % proporción esperada

q = 0.9 si 1-p (1-0.05=0.95)

D = 0.05 5% de margen de error

Sustituyendo:

$$n = \frac{165 (1.96)^2 (0.05) (0.9)}{(0.05)^2 (165-1) + (1.96)^2 (0.05) (0.9)}$$

$$n = \frac{165 (3.8416) (0.045)}{(0.0025)(164)+(3.8416)(0.045)}$$

$$n = \frac{165(0.172872)}{0.41+0.172872}$$

$$n = \frac{28.52388}{0.582872}$$

$$n = 48.936782$$

$$n = 49$$

Por lo tanto el tamaño de la muestra la cerramos a 50.

n=50

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios adscritos a la CMF Marina Nacional ISSSTE del turno matutino y vespertino.
- Edad mayor a 18 años.
- Sexo masculino o femenino.
- Con diagnóstico de obesidad por $IMC \geq 30$ en el consultorio de nutrición de la CMF Marina Nacional.
- Usuarios dispuestos a colaborar en el estudio.
- Que contesten el 100% de las preguntas del cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con diagnóstico de sobrepeso e $IMC \leq 29.9\%$ del servicio de nutrición de la CMF Marina Nacional del ISSSTE.
- Pacientes con obesidad con alguna otra patología: crónica, degenerativa o psiquiátrica.
- Usuarios que decidan retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes no usuarios al servicio de nutrición de la CMF Marina Nacional del ISSSTE.
- Cuestionarios con datos incompletos.
- Usuarios que no firmen la carta de consentimiento informado.

VARIABLES

INFORMACIÓN A RECOLECTAR, VARIABLES UTILIZADAS Y SU FORMA DE OPERACIONALIZARLAS

La información a recolectar en esta investigación, consta de tres apartados:

1. Información general del paciente, la cual se tomara por medio de un cuestionario elaborado ex profeso para la investigación.
2. Información relacionada con la obesidad como, evolución, tratamiento utilizado, su IMC, ejercicio y dieta.
3. Aplicación del instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FF-SIL.

VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable independiente: Pacientes con Obesidad

Variable dependiente : Funcionalidad familiar

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERÍSTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA
EDAD	Cuantitativa	Continua	Números Enteros	Moda, mediana, valor mínimo, valor máximo, Desviación estándar.
GÉNERO	Cualitativa	Nominal Simple Dicotómica	1. femenino 2. masculino	Frecuencia y porcentajes
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Nominal Ampliada	1. primaria 2. secundaria 3. bachillerato 4. licenciatura 5. técnica 6. ninguno	Frecuencia y porcentajes
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal Simple Dicotómica	1. empleado 2. desempleado	Frecuencia y porcentajes
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal Ampliada	1. soltero 2. casado 3. divorciado 4. viudo 5. unión libre	Frecuencia y porcentajes
TIEMPO DE PADECER OBESIDAD	Cuantitativa	Continua	Números enteros	Moda, mediana, valor mínimo, valor máximo, Desviación estándar
TRATAMIENTO UTILIZADO	Cualitativa	Nominal Ampliada	1. alopático 2. alternativo 3. otro	Frecuencia y porcentaje
IMC	Cuantitativa	Continua	Números en porcentaje	Moda, mediana, valor mínimo, valor máximo, Desviación estándar
EJERCICIO	Cualitativa	Nominal Simple	1. Si 2. No 3. Especificar	Frecuencia y porcentaje
DIETA	Cualitativa	Nominal Simple	1. Si 2. No	Frecuencia y porcentaje

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERÍSTICAS DEL TEST FF-SIL**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES	PRUEBA ESTADÍSTICA
PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL	Cualitativa	Nominal Ampliada	70-57 Pts. Familia Funcional 56-43 Pts. Familia Moderadamente Funcional 42-28 Pts. Familia Disfuncional 27-14 pts. Familia Severamente Disfuncional	Frecuencia y Porcentaje

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

- **NÚMERO DE FOLIO:** serie numerada de encuestas aplicadas.
- **TURNO DEL PACIENTE:** división de la jornada de la consulta.
- **CEDULA:** documento emitido por una autoridad administrativa competente para permitir la identificación personal de los ciudadanos (usuarios del ISSSTE)
- **NOMBRE DEL PACIENTE:** identidad de la persona.
- **EDAD:** tiempo que una persona ha vivido.
- **GÉNERO:** indica el sexo del individuo.
- **ESCOLARIDAD:** conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
- **OCUPACIÓN:** empleo u oficio de la persona.
- **ESTADO CIVIL:** estado o condición ante la sociedad.
- **MEDICAMENTO UTILIZADO:** sustancia administrada por cualquier vía con fines terapéuticos en una enfermedad.
- **EJERCICIO:** acción o esfuerzo corporal realizado por el paciente por un periodo de tiempo al día, mayor a 30 minutos.
- **DIETA:** Una dieta es la pauta que una persona sigue en el consumo habitual de alimentos, que alude al ‘conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente.’
- **PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL:** instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.
- **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:** dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.
- **COHESIÓN:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **ARMONÍA:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

- **COMUNICACIÓN:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **PERMEABILIDAD:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **AFFECTIVIDAD:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **ROLES:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **ADAPTABILIDAD:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se lleva a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es representativa y se calcula a través de su prevalencia. En el estudio de variables se utiliza Ji cuadrada para mayor sensibilidad y especificidad de resultados.

METODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que asistían a consulta de forma ordinaria en el consultorio de nutrición en la unidad de estudio correspondiente. Otorgando un tiempo de 20 minutos para la realización del instrumento de evaluación familiar.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Se diseñó un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son: número de folio, cédula, turno del paciente, nombre, edad, estado civil y ocupación del usuario; además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación familiar. El constructor se encuentra en anexos.

Además se aplicó el test FF-SIL a todos los participantes de esta investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio es ético ya que se guardara y se preservara la intimidad de cada uno de los pacientes, ya que solo se enfocara a la identificación de la funcionalidad familiar y su relación sociodemográfica en los pacientes obesos que están de acuerdo a participar en el estudio. Por lo que también se les proporcionará un consentimiento informado.

1. Este estudio de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, (ver anexos).
2. La investigación no desobedece el reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en México.
3. Se apega a la normatividad institucional del ISSSTE.
4. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.
5. En los anexos se integra la percepción de la Funcionalidad Familiar.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de los 165 usuarios que acudieron a consulta externa de nutrición durante un año, a través de una muestra de 50 pacientes portadores de obesidad, de acuerdo a su Índice de Masa Corporal (IMC) el cual era mayor o igual a 30%, encontrando lo siguiente:

Se observó a 34 (68%) con Obesidad grado uno (OGI), 8 (16%) con Obesidad grado dos (OGII) y 8 (16%) con Obesidad grado tres (OGIII).

El valor mínimo del IMC fue de 30%, valor máximo del IMC de 54.1% y una desviación estándar de 5.16116 por ciento. La media del Índice de Masa Corporal (IMC) encontrada es 33.5%, con una moda de 30.4%. (Tabla 1, cuadro 1, 2 y gráfico 1)

En el perfil socio demográfico muestra una edad mínima de 23 años y máxima de 82 años, la media de edad de 52 años, con una moda de 58 años, y una desviación estándar ($DE \pm 14.636$), el grupo de edad que predominó fue el de 50-59 años en un 28% (n=14), seguido del grupo de 40-49 años con un 26% (n=13). (Tabla 2, cuadro 5,6 y gráfico 3)

En relación al género, de los 50 usuarios con obesidad del servicio de nutrición se obtuvo a 39 (78%) de sexo femenino con mayor porcentaje, mientras que los hombres fueron 11 (22%) y la relación de grado de obesidad con el género predominó la obesidad grado I con 34 (68%) pacientes, 26 mujeres con 8 del sexo masculino. (Cuadro 3,4 y gráfico 2)

Sin embargo en la actividad laboral se encontró a 26 (52%) empleados con 18 mujeres y 8 hombres, con 24 (48%) sin laborar 21 mujeres y 3 hombres. (Cuadro 8 y gráfico 5)

En la escolaridad, se observó a 5 (10%) en nivel primaria, 5 (10%) en nivel secundaria, 11 (22%) en nivel preparatoria, predominando 15 (30%) usuarios con escolaridad técnica con 13 mujeres y 2 hombres, seguido de 14 (28%) con nivel licenciatura 8 mujeres y 6 hombres, 0 analfabetas. (Cuadro 7 y gráfico 4)

Por otro lado en el estado civil, predominan 25 (50%) casados 19 mujeres y 6 hombres, seguido de 10 (20%) usuarios solteros, 7 (14%) viudos, 5 (10%) divorciados y 3 (6%) otro estado civil, (cuadro 9 y gráfico 6).

El tiempo que tienen los pacientes de padecer obesidad se encontró que el valor mínimo es de 1 año y máximo de 45 años, con una desviación estándar de 11.7223. La media de tiempo de padecer obesidad es de 13 años con una moda de 10 años. (Tabla 3, cuadro 10).

En la relación de grado de obesidad con el grupo de tiempo de padecer obesidad predominó el grado I con un grupo de edad de 1-10 años de padecer esta enfermedad, en el grado II de 11 a 20 años y en el grado III de 11 a 20 años seguido de 21 a 30 años. (Cuadro 11 y gráfico 7)

Los métodos de tratamiento utilizados en la obesidad, se encontraron, 7 (14%) alopático, 14 (28%) alternativos 8 mujeres y 6 hombres que optan mas por este método que las mujeres, predominando 29 (58%) por ningún método 26 mujeres y 3 hombres. (Cuadro 12 y gráfico 8)

En la actividad física, se encontró, 16 (32%) que realizan ejercicio, con 34 (68%) con sedentarismo 26 mujeres y 8 hombres. (Cuadro 14 y gráfico 10)

En la realización de dieta en este tipo de usuarios con obesidad, 23 (46%) llevan dieta 17 mujeres y 6 hombres, con predominio 27 (54%) que no realizan dieta 22 del sexo femenino y 5 del masculino. (Cuadro 13 y gráfico 9)

En lo que respecta al tipo de funcionalidad familiar mediante el test de percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL, se encontraron los siguientes resultados, 20 (40%) con familia funcional, 21 (42%) con familia moderadamente funcional, 9 (18%) con familia disfuncional y 0 familias severamente disfuncionales. (Cuadro 15 y gráfico 11)

Predominan 18 familias funcionales en las mujeres estudiadas seguidas de 14 con familia moderadamente funcional y 7 disfuncionales, en el sexo masculino son 7 que predominan con familias moderadamente disfuncional, seguida de 2 con familia funcional y 2 con familia disfuncional, no se detectan en ningún sexo familias severamente disfuncionales en este estudio. (Cuadro 16 y gráfico 12)

La relación de la funcionalidad familiar de los usuarios estudiados con la realización de dieta y ejercicio se encontró que la mayoría de los pacientes 27 no realizan dieta y 34 no realizan ejercicio, en las familias funcionales 16 usuarios no realizan dieta y 11 sin ejercicio.

En las familias moderadamente funcionales predominan 11 que realizan dieta con 16 que no realizan ejercicio y en las familias disfuncionales 8 con dieta y 7 sin ejercicio. No encontramos familias severamente disfuncionales. (Cuadro 17 y gráfico 13)

La relación de funcionalidad familiar de los pacientes estudiados con tratamiento se encontró a 30 que no siguen ningún tratamiento, 14 con un tratamiento alternativo y 6 con alopático. Con predominio de 15 pacientes con familias moderadamente funcionales sin tratamiento y 13 con familias funcionales sin tratamiento y 5 con familias disfuncionales con predominio de tratamiento alternativo. (Cuadro 18 y gráfico 14)

Y finalmente la relación del funcionamiento familiar de los usuarios estudiados con el tiempo de padecer obesidad predomino el tiempo en el grupo de 1-10 años con 21 pacientes: 11 pacientes con familia funcional, 11 con familias moderadamente funcional y una disfuncional, seguida de 15 pacientes con 11-20 años de padecimiento donde 6 tienen familias moderadamente funcionales, 5 con familia funcional y 4 con familia disfuncional. (Cuadro 19 y gráfico 15)

TABLAS, CUADROS Y GRAFICOS

TABLA 1. FRECUENCIA POR GRADO DE OBESIDAD DEACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Variable (IMC)	Frecuencias absolutas		Frecuencias relativas	
	Simple	Acumulada	Simple	Acumulada
30	3	3	6%	6%
30.4	3	6	6%	12%
30.5	1	7	2%	14%
30.7	1	8	2%	16%
30.8	1	9	2%	18%
31	1	10	2%	20%
31.2	2	12	4%	24%
31.4	2	14	4%	28%
31.5	2	16	4%	32%
31.6	1	17	2%	34%
31.7	1	18	2%	36%
32.1	2	20	4%	40%
32.3	1	21	2%	42%
32.4	1	22	2%	44%
33.3	1	23	2%	46%
33.5	2	25	4%	50%
33.8	1	26	2%	52%
34	2	28	4%	56%
34.1	1	29	2%	58%
34.5	2	31	4%	62%
34.6	2	33	4%	66%
34.9	1	34	2%	68%
OGI	34	34	68%	68%
35.6	1	35	2%	70%
35.7	1	36	2%	72%
36.3	1	37	2%	74%
37.5	1	38	2%	76%
38.6	1	39	2%	78%
39.3	1	40	2%	80%
39.8	1	41	2%	82%
39.9	1	42	2%	84%
OGII	8	42	16%	84%
41.4	1	43	2%	86%
41.5	1	44	2%	88%
41.6	1	45	2%	90%
41.9	1	46	2%	92%
42	1	47	2%	94%
42.6	1	48	2%	96%
49.7	1	49	2%	98%
54.1	1	50	2%	100%
OGIII	8	50	16%	100%

CUADRO 1.
MEDIDAS Y VALORES ESTADISTICOS DE USUARIOS DEACUERDO AL
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

	Media	Moda	Valor mínimo	Valor máximo	Desviación estándar
IMC	33.50%	30.40%	30%	54.10%	5.16%

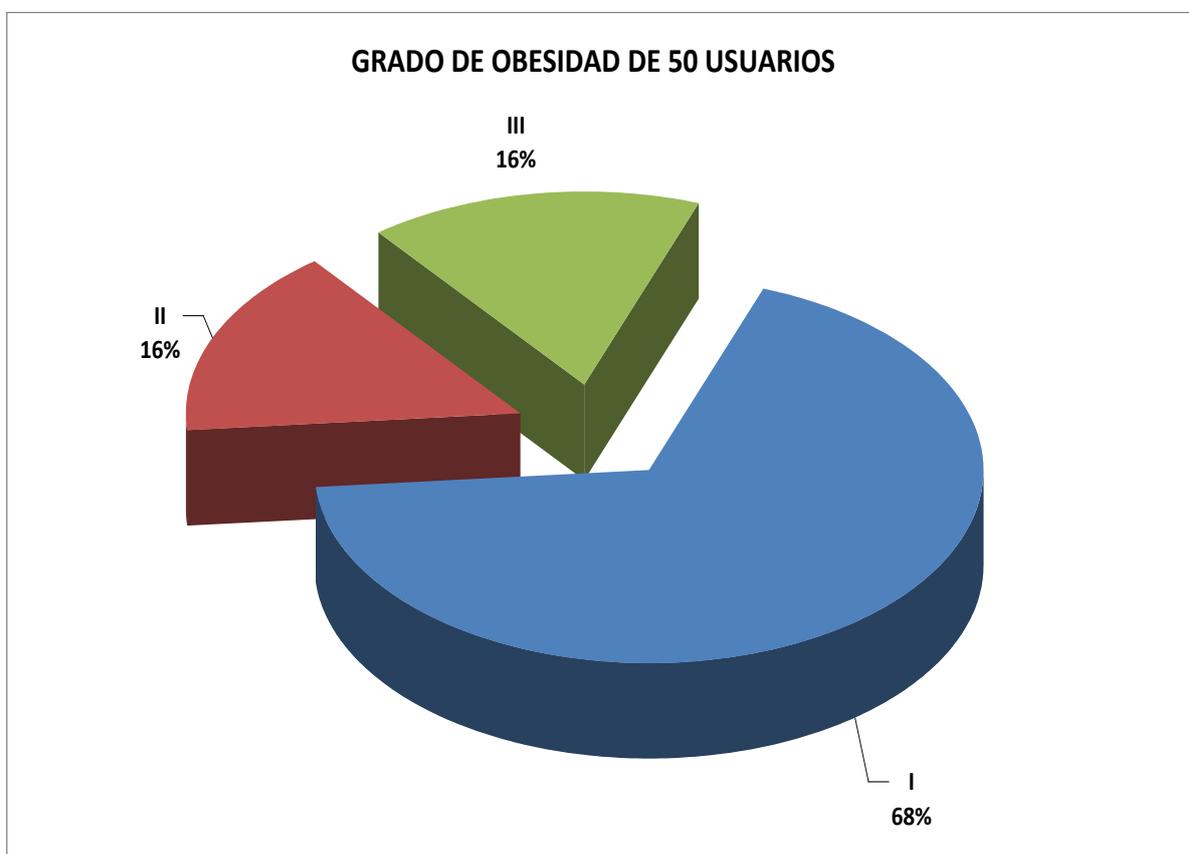
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 2.
GRADO DE OBESIDAD EN LOS USUARIOS

Grado	No. Usuarios	%
I	34	68
II	8	16
III	8	16
Total	50	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 1



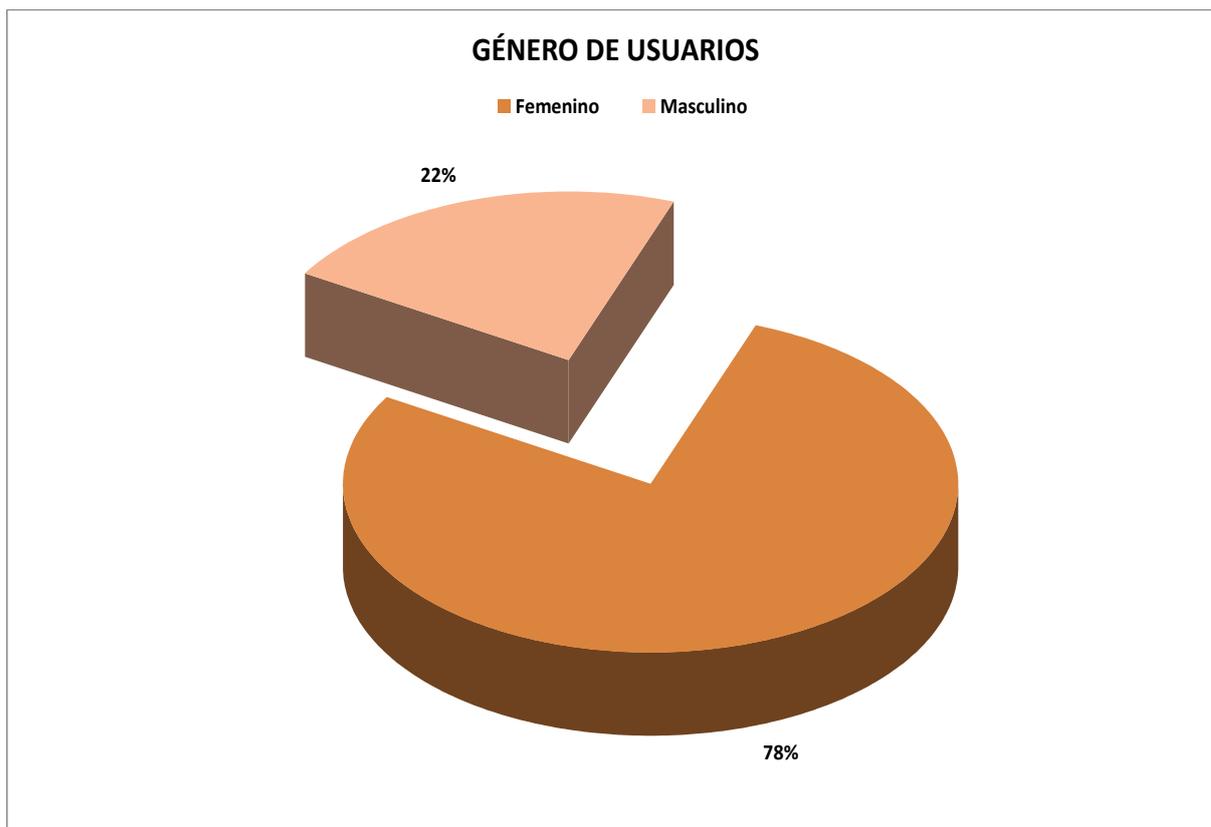
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO NO. 3
USUARIOS CON OBESIDAD POR GÉNERO

Género	No.Usuarios	%
Femenino	39	78
Masculino	11	22
Total	50	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 2.



Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 4.
GRADO DE OBESIDAD EN USUARIOS DE ACUERDO A SU GÉNERO

Grado	Femenino	Masculino	Total	%
Grado I	26	8	34	68
Grado II	6	2	8	16
Grado III	7	1	8	16
Total	39	11	50	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

TABLA 2. FRECUENCIA DE OBESIDAD POR EDAD

Variable (Edad)	Frecuencias absolutas		Frecuencias relativas	
	Simple	Acumulada	Simple	Acumulada
23	1	1	2%	2%
27	2	3	4%	6%
30	1	4	2%	8%
31	1	5	2%	10%
32	1	6	2%	12%
33	1	7	2%	14%
35	1	8	2%	16%
36	1	9	2%	18%
37	1	10	2%	20%
38	1	11	2%	22%
40	2	13	4%	26%
41	2	15	4%	30%
42	2	17	4%	34%
47	2	19	4%	38%
48	1	20	2%	40%
49	4	24	8%	48%
52	3	27	6%	54%
54	3	30	6%	60%
55	2	32	4%	64%
58	5	37	10%	74%
59	1	38	2%	76%
60	2	40	4%	80%
61	1	41	2%	82%
62	1	42	2%	84%
65	1	43	2%	86%
70	2	45	4%	90%
74	1	46	2%	92%
76	1	47	2%	94%
80	1	48	2%	96%
81	1	49	2%	98%
82	1	50	2%	100%

Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 5.
MEDIDAS Y VALORES ESTADÍSTICOS DE USUARIOS CON OBESIDAD POR EDAD.

	Media	Moda	Valor mínimo	Valor máximo	Desv. Estándar
Edad en años	52	58	23	82	14.636

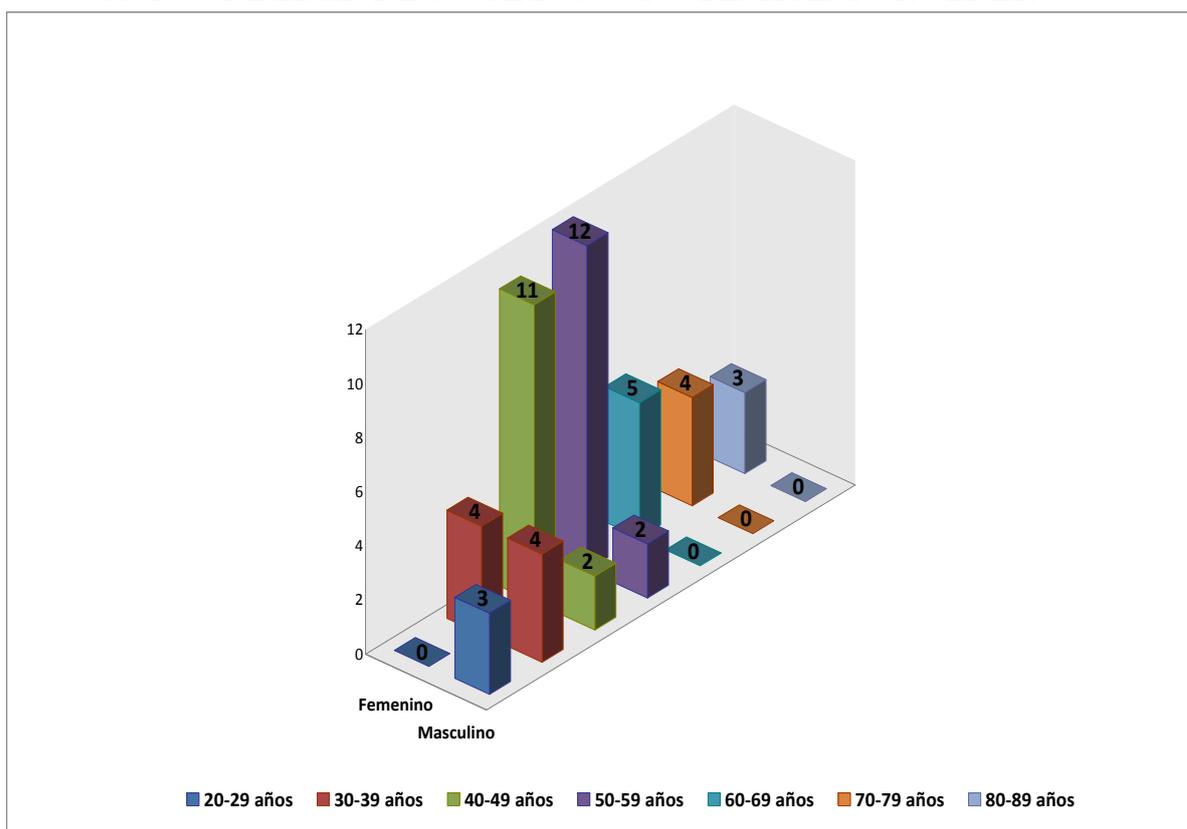
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 6.
GRUPO DE EDAD EN USUARIOS CON OBESIDAD Y GÉNERO

Grupo de Edad	Femenino	Masculino	Total
20-29 años	0	3	3
30-39 años	4	4	8
40-49 años	11	2	13
50-59 años	12	2	14
60-69 años	5	0	5
70-79 años	4	0	4
80-89 años	3	0	3
Total	39	11	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 3.
GRUPOS DE EDAD DE USUARIOS CON OBESIDAD POR GÉNERO



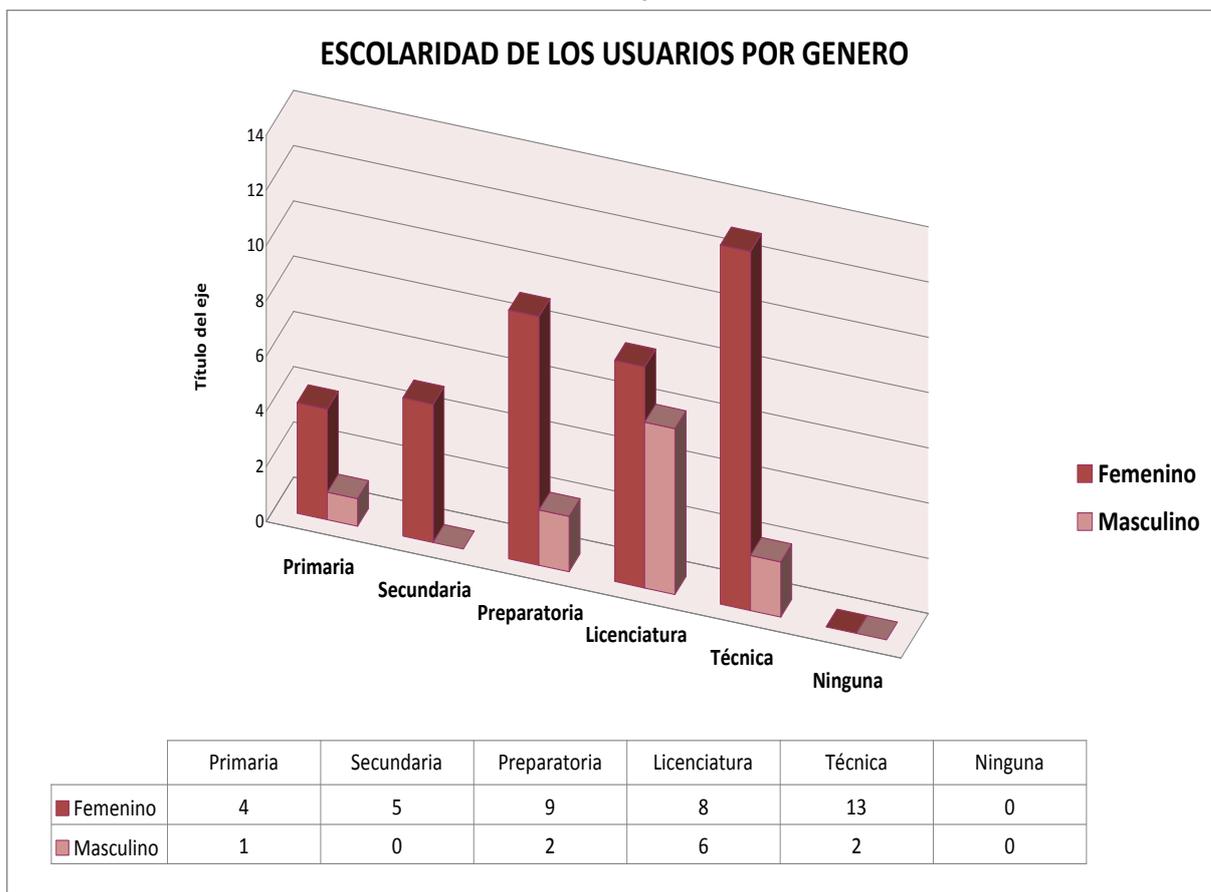
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 7.
ESCOLARIDAD EN USUARIOS OBESOS POR SU GÉNERO

Escolaridad	Femenino	Masculino	Total	%
Primaria	4	1	5	10
Secundaria	5	0	5	10
Preparatoria	9	2	11	22
Licenciatura	8	6	14	28
Técnica	13	2	15	30
Ninguna	0	0	0	0
Total	39	11	50	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 4.



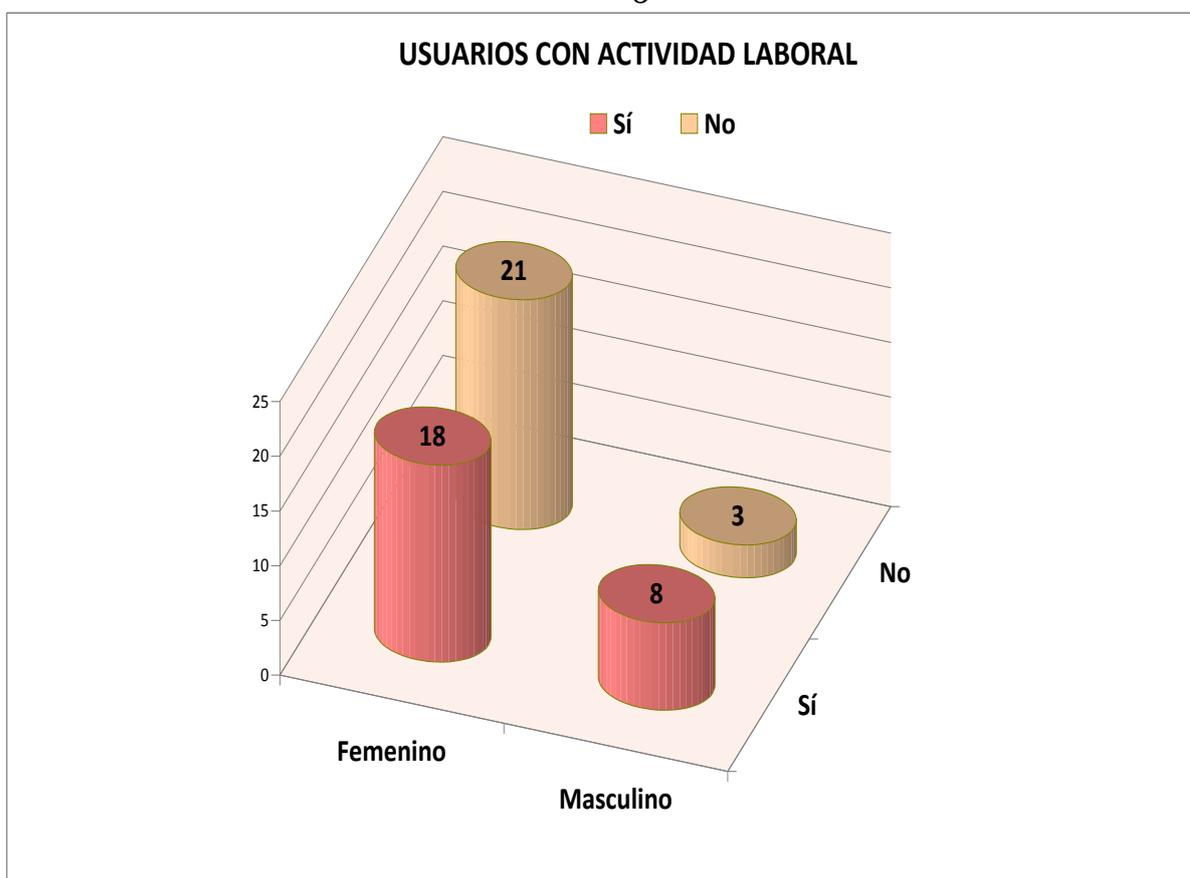
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 8.
USUARIOS CON OBESIDAD QUE SE ENCUENTRAN ACTIVOS LABORANDO.

Actividad Laboral	Femenino	Masculino	Total	%
Sí	18	8	26	52
No	21	3	24	48
Total	39	11	50	100

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 5.



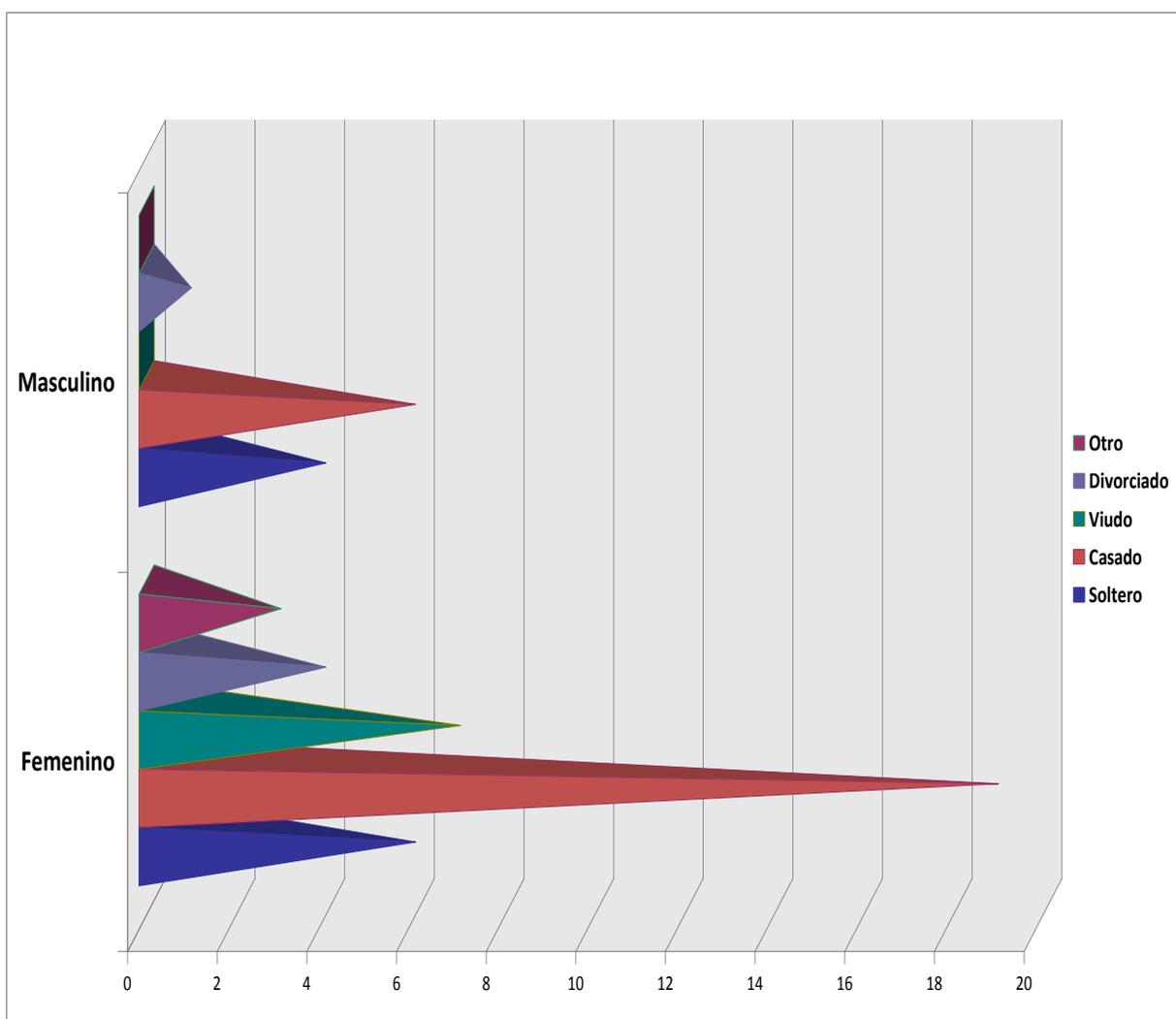
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 9.
ESTADO CIVIL DE LOS URSUARIOS CON OBESIDAD POR SU GÉNERO

Estado Civil	Femenino	Masculino	Total
Soltero	6	4	10
Casado	19	6	25
Viudo	7	0	7
Divorciado	4	1	5
Otro	3	0	3
Total	39	11	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 6.



Fuente: Cuestionario de aplicación

TABLA 3. FRECUENCIA DE TIEMPO DE PADECER OBESIDAD

Variable (Tiempo de padecer obesidad)	Frecuencias absolutas		Frecuencias relativas	
	Simple	Acumulada	Simple	Acumulada
1	1	1	2%	2%
2	4	5	8%	10%
3	1	6	2%	12%
4	2	8	4%	16%
5	4	12	8%	24%
7	2	14	4%	28%
10	7	21	14%	42%
11	1	22	2%	44%
12	2	24	4%	48%
13	1	25	2%	50%
14	1	26	2%	52%
15	4	30	8%	60%
18	1	31	2%	62%
20	5	36	10%	72%
22	1	37	2%	74%
25	3	40	6%	80%
27	1	41	2%	82%
30	4	45	8%	90%
35	1	46	2%	92%
40	2	48	4%	96%
42	1	49	2%	98%
45	1	50	2%	100%

Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 10.
TIEMPO DE PADECER OBESIDAD EN LOS USUARIOS DEACUERDO A MEDIDAS Y VALORES ESTADISTICOS.

	Media	Moda	Valor mínimo	Valor máximo	Desviación Estándar
Tiempo (Años)	13	10	1	45	11.7229933

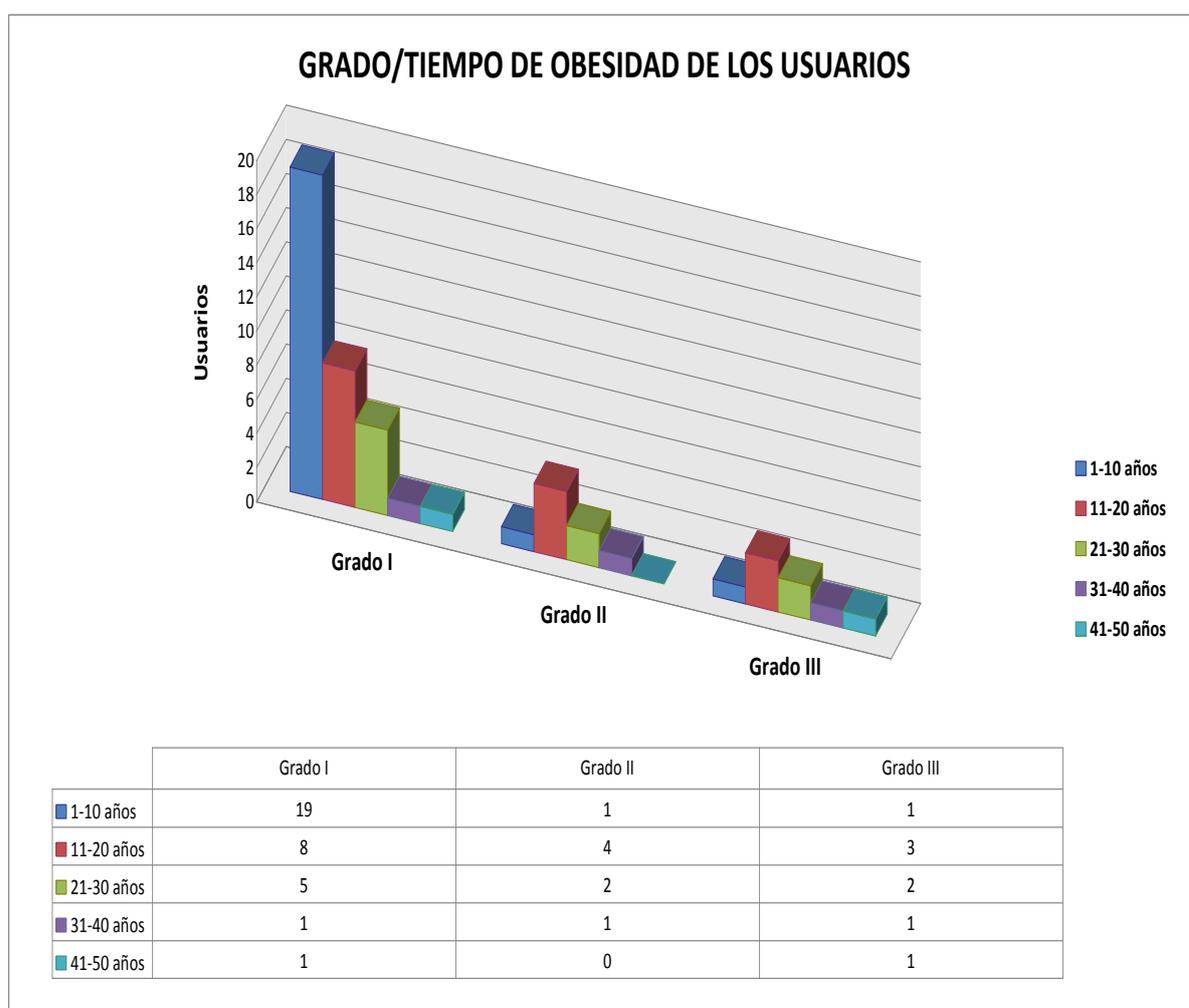
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 11.
RELACION ENTRE GRADO Y TIEMPO DE PADECER OBESIDAD

Obesidad	1-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	Total
Grado I	19	8	5	1	1	34
Grado II	1	4	2	1	0	8
Grado III	1	3	2	1	1	8
Total	21	15	9	3	2	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 7.



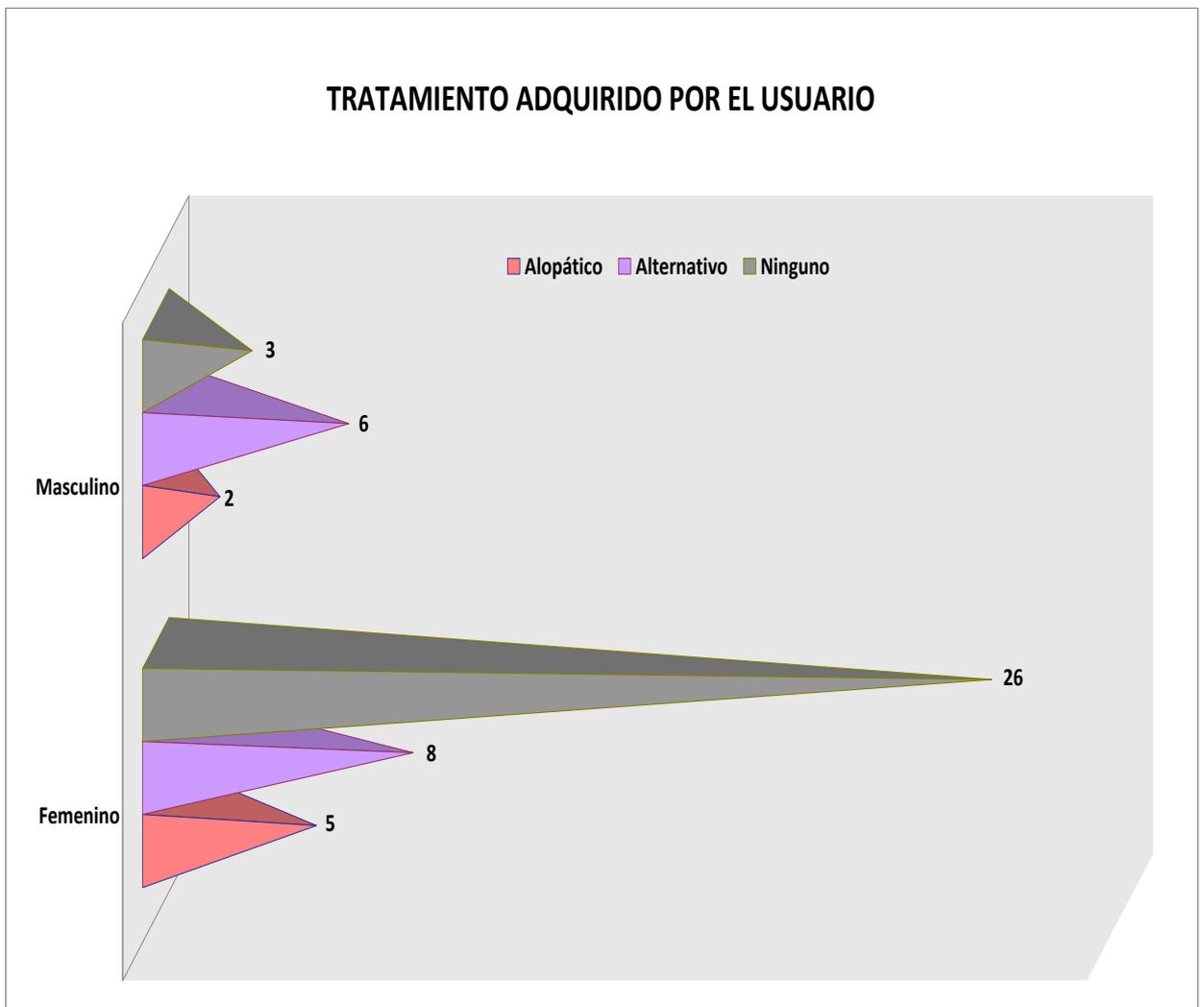
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 12.
TIPO DE TRATAMIENTO ADQUIRIDO POR EL USUARIO CON OBESIDAD
DEACUERDO A SU GÉNERO.

Tratamiento	Femenino	Masculino	Total
Alopático	5	2	7
Alternativo	8	6	14
Ninguno	26	3	29
Total	39	11	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 8.



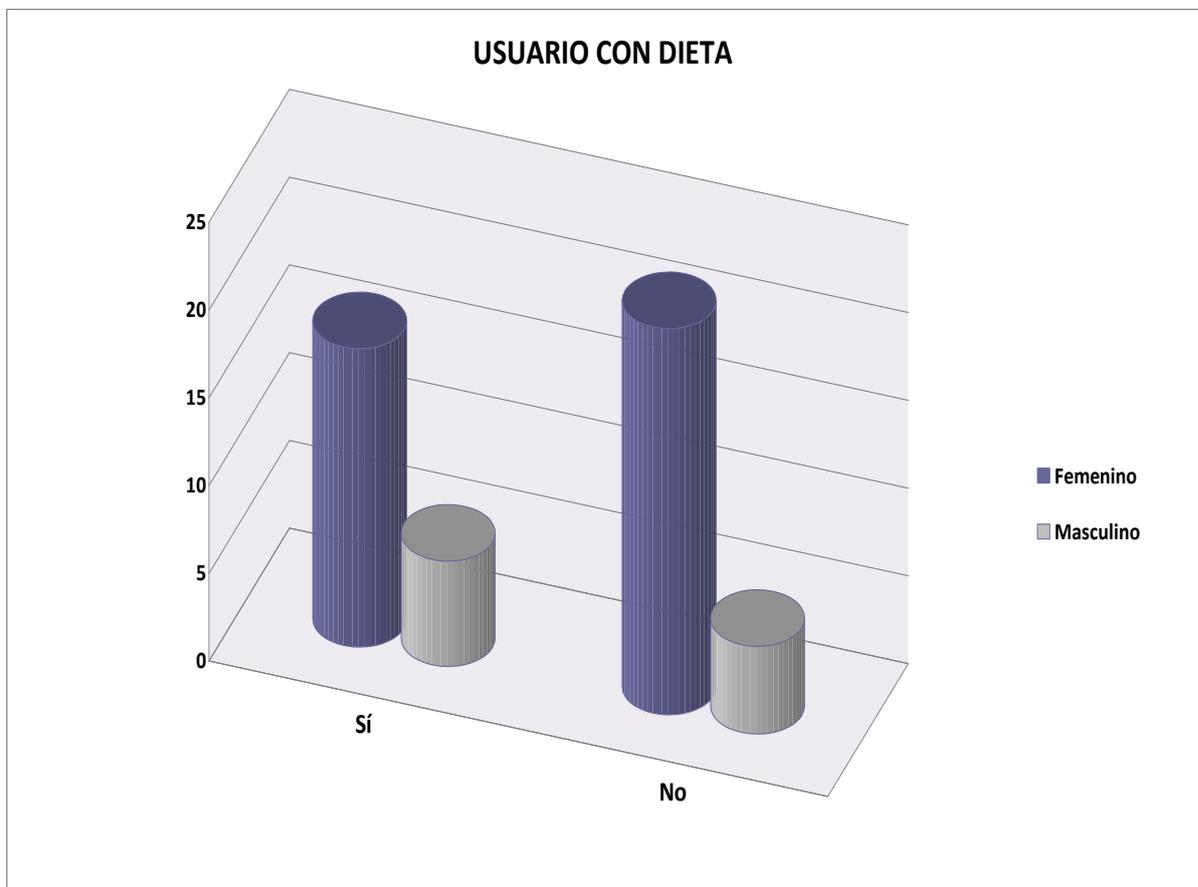
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 13.
USUARIOS CON OBESIDAD QUE REALIZAN DIETA DEACUERDO A SU GÉNERO

Dieta	Femenino	Masculino	Total
Sí	17	6	23
No	22	5	27
Total	39	11	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 9.



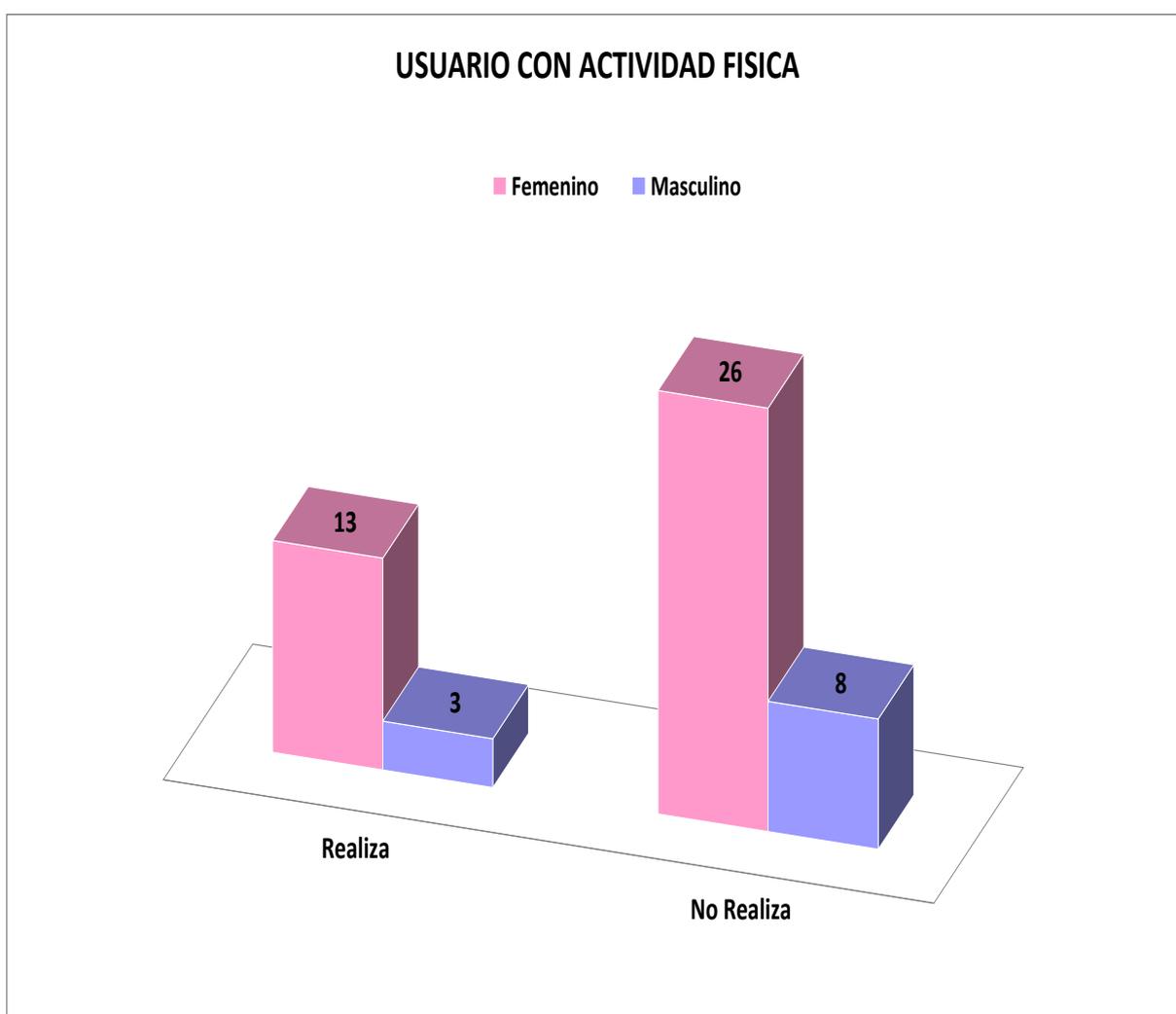
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 14.
USUARIOS CON OBESIDAD POR GÉNERO QUE REALIZAN UNA
ACTIVIDAD FISICA

Activ. Fisica	Femenino	Masculino	Total
Realiza	13	3	16
No Realiza	26	8	34
Total	39	11	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 10.



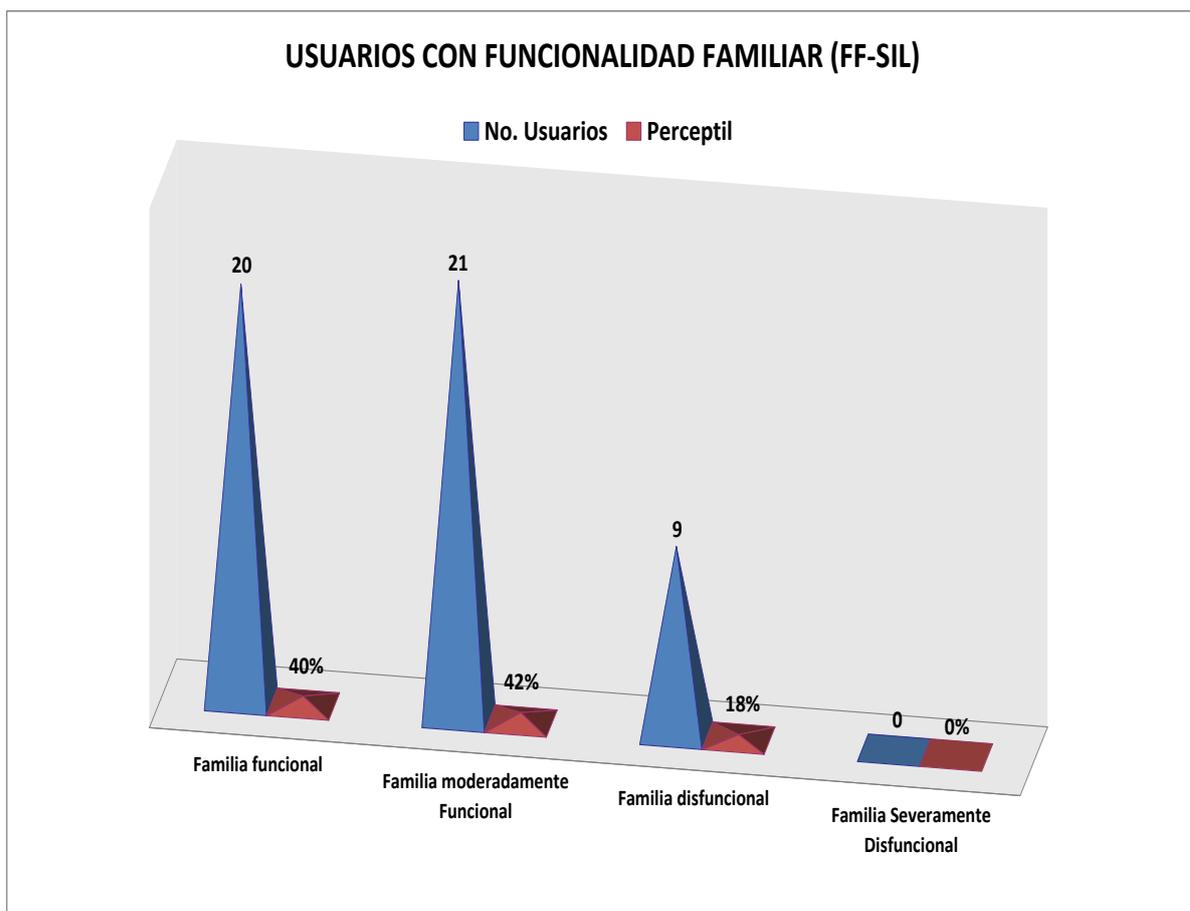
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 15.
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS USUARIOS ADULTOS ESTUDIADOS
CON OBESIDAD.

Funcionalidad Familiar	No. Usuarios	%
Familia funcional	20	40
Familia moderadamente Funcional	21	42
Familia disfuncional	9	18
Familia Severamente Disfuncional	0	0

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 11.



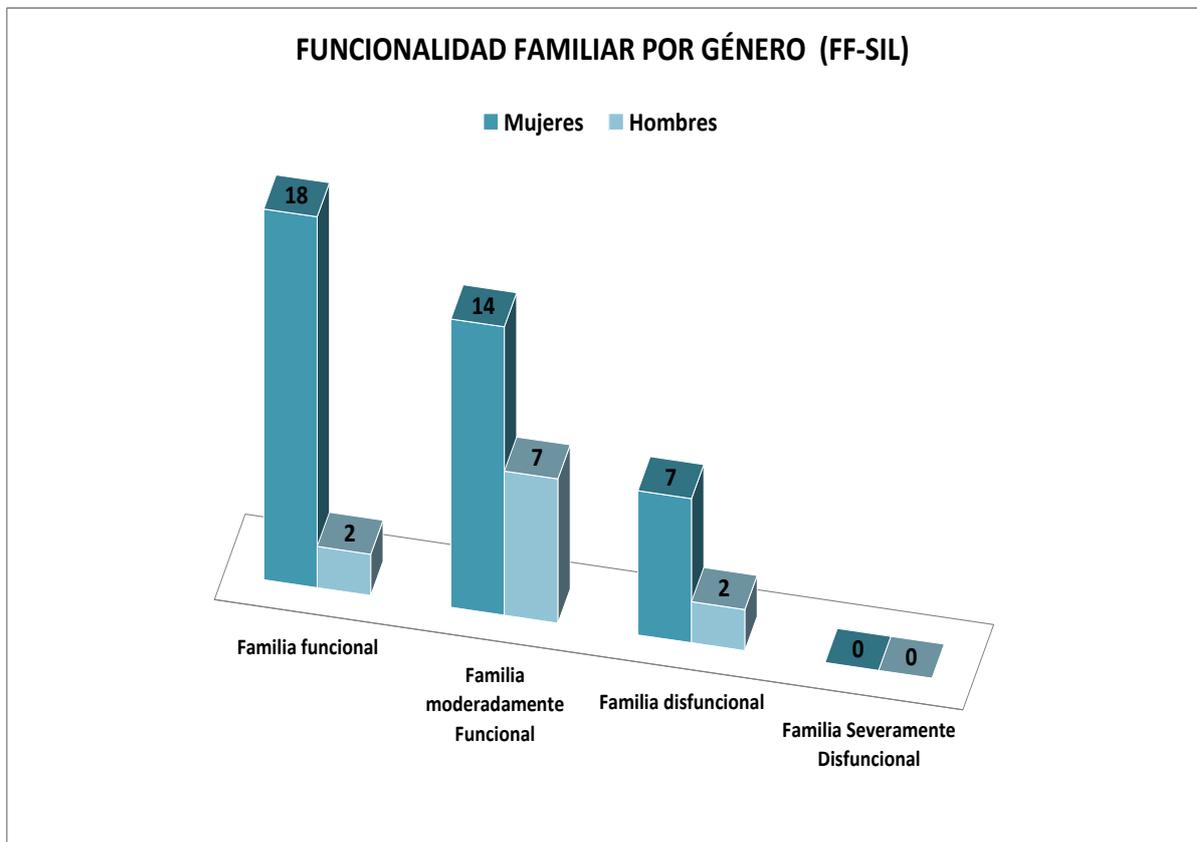
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 16.
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE USUARIOS ADULTOS OBESOS POR GÉNERO.

Funcionalidad Familiar	Mujeres	Hombres	Total
Familia funcional	18	2	20
Familia moderadamente Funcional	14	7	21
Familia disfuncional	7	2	9
Familia Severamente Disfuncional	0	0	0
Total	39	11	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 12.



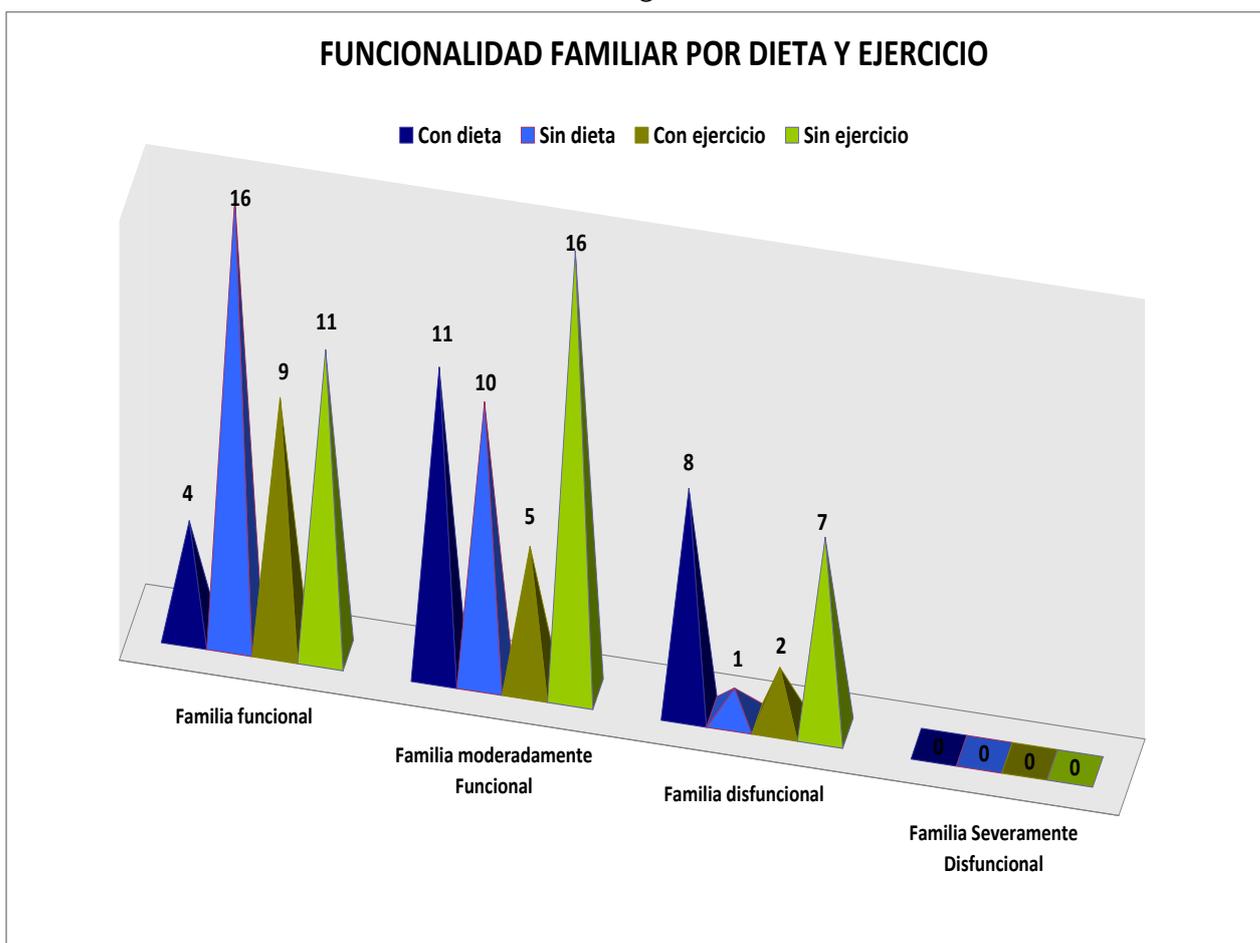
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 17.
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS USUARIOS OBESOS CON O SIN REALIZAR DIETA ASI COMO CON O SIN REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FISICA

Funcional. Familiar	Con dieta	Sin dieta	Con ejercicio	Sin ejercicio
Familia funcional	4	16	9	11
Familia moderadamente Funcional	11	10	5	16
Familia disfuncional	8	1	2	7
Familia Severamente Disfuncional	0	0	0	0
Total	23	27	16	34

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 13.



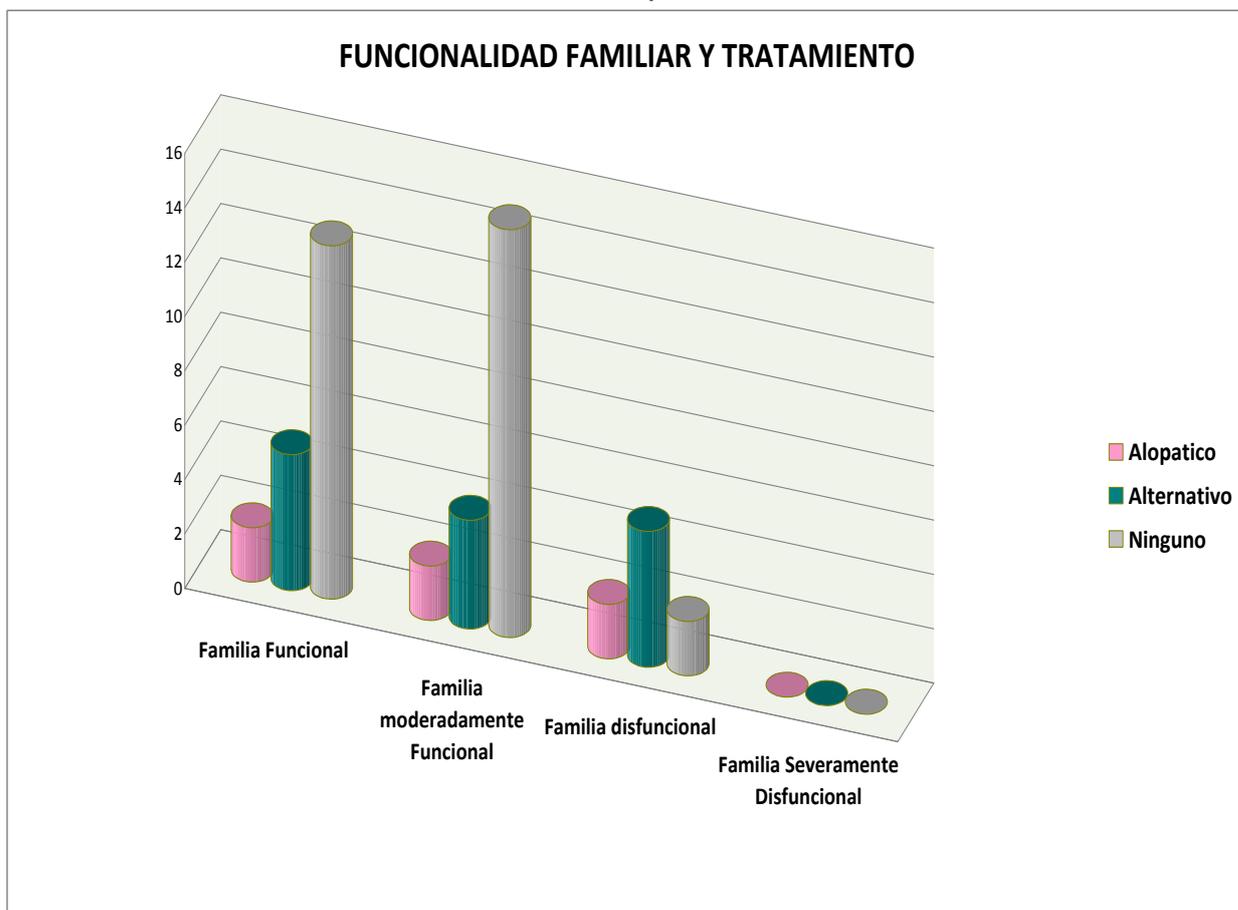
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 18.
RELACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS USUARIOS CON
OBESIDAD Y TRATAMIENTO

Funcionalidad Familiar	Tratamiento			Total
	Alopatico	Alternativo	Ninguno	
Familia Funcional	2	5	13	20
Familia moderadamente Funcional	2	4	15	21
Familia disfuncional	2	5	2	9
Familia Severamente Disfuncional	0	0	0	0
Total	6	14	30	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 14.



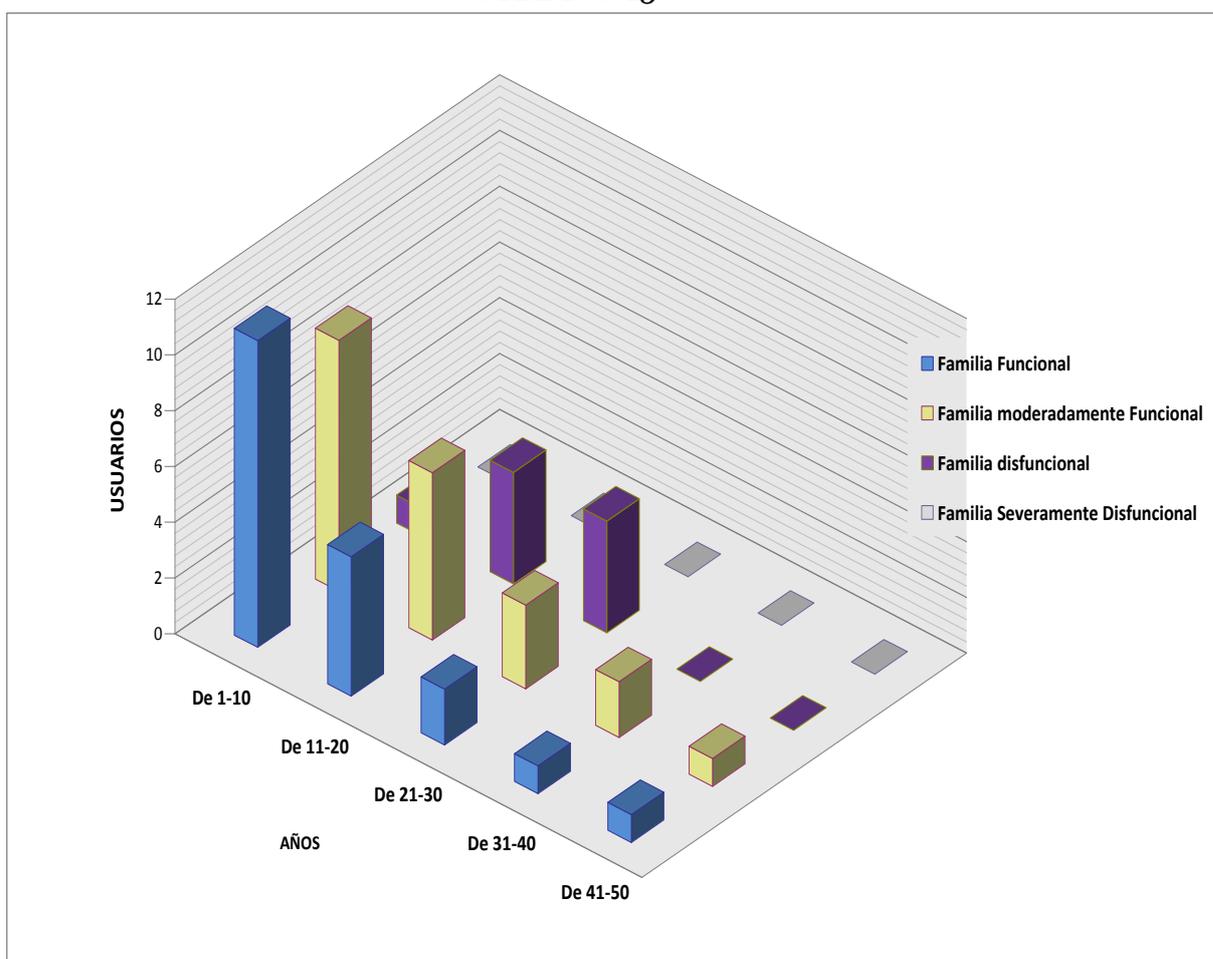
Fuente: Cuestionario de aplicación

CUADRO 19.
REALACION DEL TIEMPO DE PADECER OBESIDAD Y SU FUNCIONALIDAD
FAMILIAR DE LOS USUARIOS ESTUDIADOS EN EL CONSULTORIO DE
NUTRICIÓN

Funcionalidad Familiar	AÑOS					Total
	De 1-10	De 11-20	De 21-30	De 31-40	De 41-50	
Familia Funcional	11	5	2	1	1	20
Familia moderadamente Funcional	9	6	3	2	1	21
Familia disfuncional	1	4	4	0	0	9
Familia Severamente Disfuncional	0	0	0	0	0	0
Total	21	15	9	3	2	50

Fuente: Cuestionario de aplicación

GRAFICO 15.



Fuente: Cuestionario de aplicación

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De los resultados anteriores encontramos que la frecuencia de obesidad predominante en nuestro estudio fue la obesidad grado I con un 68% con respecto al grado II y III, dominando el sexo femenino.

Con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006 en México, refieren que en ese año alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (34.5% en mujeres y 24% en hombres) tiene obesidad. Actualmente el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población entre los 30 y 60 años, coincidiendo que entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres.

Siendo estos resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio en donde existe un predominio del sexo femenino en relación con el masculino.

Esta obesidad femenina mayoritariamente es de primer grado y en edades por encima de los 40 años de edad, lo cual se puede deber predominantemente por ser estas las que acuden más frecuentemente a solicitar la atención médica.

Todo lo anterior nos hace analizar que las acciones institucionales de los programas que están implantados en las unidades de primer nivel sobre factores de riesgo etéreos y de acuerdo al género recalando que la prevención y detección oportuna con su respectivo seguimiento son primordiales para evitar el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

Numerosos estudios también señalan que la obesidad esta asociada con problemas en el funcionamiento familiar, hábitos alimentarios poco saludables y dificultades para ofrecer contención emocional y conductual que necesita la persona obesa en proceso de recuperación.

Con respecto a lo anterior en nuestro estudio obtuvimos resultados relacionados con el perfil socio demográfico de nuestros pacientes y relacionado con los siguientes aspectos: con lo que respecta a la escolaridad se indica a presencia de patrones culturales y educativos como el grado de conocimiento o de acceso a la información en salud.

Los resultados encontrados para los usuarios del ISSSTE muestran concordancia con los datos anteriormente referidos, lo cual le da valor a la presente investigación, en donde también se refiere que los patrones educativos influyen en una alimentación sana, lo cual se complica con el aspecto de la educación predominantemente media y en donde se asocia con el tipo de empleo, el cual asimismo se asocia a factores como ingesta de alimentos en establecimientos de comida rápida, estado civil, doble empleo, ambos conyugues laborando, el sedentarismo, estrés, tiempo de padecer obesidad etc..

Coincidiendo todos estos factores de riesgo para que el usuario sea un enfermo obeso; factores facilitadores y mantenedores ya estudiados en el Institut de Trastorns Alimentaris (ITA) en España como lo mencionamos ya anteriormente.

Otro dato que hay que contrastar es el relacionado con los estudios anteriores en donde podemos ver que el tratamiento adquirido por el usuario de obesidad en nuestro estudio el 58% de los estudiados no llevan ningún tratamiento, el 28% de usuarios con tratamiento alternativo y solo un 14% con tratamiento alopático, con dificultades para bajar de peso y 54% de usuarios que no llevan dieta a pesar de su asistencia al servicio de nutrición, así como el 68% de usuarios que no realizan ejercicio.

Hasta ahora los tratamientos se han basado en los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, los cuales han demostrado ser insuficientes para el abordaje del sobrepeso y la obesidad, y hasta un 20% de los pacientes obesos no sólo no mejoran sino que aumentan de peso una vez iniciado este tratamiento. ITA ha creado un programa de intervención en sobrepeso y obesidad que ofrece una asistencia integral, abordando no sólo los problemas en el ámbito físico, sino sobretodo, el bienestar emocional y social de estos pacientes.

En Europa se aprecia que la prevalencia de obesidad en adolescentes tiene una tendencia creciente norte-sur, que se aprecia también en nuestro país.

Obando, Beck y Terry, Johnson, comprobaron que las familias con adolescentes obesos estaban menos unidas y menos organizadas que las familias con adolescentes con normo peso. Y que favorecen actitudes erróneas hacia la comida que pueden ocasionar obesidad.

Pocos estudios se han realizado sobre el funcionamiento familiar y la Obesidad en adultos, todos se han enfocado a la obesidad infantil y adolescentes como son los estudios de ITA, Obando y otros investigadores que ya mencionamos, por lo cual nuestro estudio presenta consideraciones de relevancia ya que el estudio es en pacientes adultos obesos.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación podemos hacer las siguientes conclusiones:

La funcionalidad familiar en pacientes obesos, referida en el presente estudio es predominantemente de tipo funcional (82% general), ya que solamente un porcentaje bajo (18%) de disfunción se presente en las familias investigadas, lo cual nos permite concluir que la obesidad en si como padecimiento no es un factor de riesgo para alterar la funcionalidad familiar.

A través del presente estudio obtuvimos una diferencia poco significativa en los resultados; probablemente debido al tamaño de la muestra o porque hay pacientes con fuertes redes de apoyo y comunicación que terminan adaptándose a su familia ya que la enfermedad (obesidad) del paciente del servicio de nutrición de la clínica Marina Nacional a pesar de los resultados no tan claros, vemos que en cierta forma no repercute en el funcionamiento familiar ya que el total de familias funcionales fue de 40% con respecto a 42% con familias moderadamente funcionales y 18% con familia disfuncional.

El instrumento utilizado en la presente investigación (FF-SIL), permite obtener resultados cuali-cuantitativos relacionados con el funcionamiento familiar y nos permite clarificar el área alterada, cuando existe disfunción en el sistema familiar y nos permite obtener una conclusión relacionada con el padecimiento; la obesidad puede repercutir en forma positiva en el buen funcionamiento familiar, y solo en algunos casos lo hace en forma negativa.

La percepción de estos usuarios donde el test FF-SIL nos da no solo cuantitativamente resultados sino también cualitativamente vemos donde esta repercutiendo el problema en la dinámica relacional, como son la cohesión: donde perciben a su familia poco unida física y emocionalmente al enfrentar situaciones, también hay poca comunicación en los miembros de estas familias ya que no transmiten sus ideas de forma clara y directa así como su afectividad donde hay poca capacidad para vivenciar y demostrar sentimientos con emociones positivas, entre otras mas que se van incrementando en las familias que presentaron disfuncionalidad. Con esto nos pudimos percatar donde están fallando las familias y donde si están respondiendo para apoyar al enfermo obeso, es entonces donde podemos brindar orientación y facilitar el tratamiento en estos pacientes, contando con sus redes de apoyo familiar. Por lo tanto la Obesidad repercute en cierta forma para que haya cierta alteración funcional familiar.

En cuanto al objetivo general se cumplió de forma clara y directa ya que conocimos la funcionalidad familiar en estos pacientes como ya nos percatamos en los resultados, así como los objetivos específicos donde vemos el grado de obesidad I que predomina según el IMC, que sigue siendo el sexo femenino el que mayor prevalencia tiene, el largo tiempo que llevan padeciendo la enfermedad, que en el paciente casado hay mas obesidad, etc; entre otros factores como la ausencia de dieta y el ejercicio de manera muy significativa que aun hasta en familias funcionales y con escolaridad alta se ven los malos estilos de vida y culturales en estos usuarios y sin seguir la dieta a pesar de que asisten a un servicio de nutrición.

Finalmente podemos hacer dos conclusiones concretas de la presente investigación:

- Mencionaremos que no se ha puesto la misma importancia al componente familiar, psicológico y social dentro del tratamiento en nuestros pacientes ya que la presencia de algún trastorno de este tipo produce influencia en el desarrollo del sobrepeso y obesidad como influjo negativa en las funciones familiares, y como consecuencia esta el abandono del tratamiento (dieta) destinados a la disminución de peso y patologías concomitantes.
- La obesidad como enfermedad no es un factor de riesgo para la disfunción familiar, sin embargo podemos mencionar que algunas de nuestras familias probablemente se encuentran en homeostasis y con otros factores de riesgo para disfunción familiar, los cuales no son explorados por el instrumento aplicado y nos pueden explicar el porcentaje mínimo de disfunciones en nuestro estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Nutrición saludable.com, “obesidad”, febrero 2008, pág. 39-47. disponible en www.nutricionsaludable.com.mx
2. Seidell JC, Oosterlee A, Thijssen M, et al. Assessment of intraabdominal and subcutaneous abdominal fat: relation between anthropometry and computed tomography. *Am J Clin Nutr.* 1987; 45:7-13.
3. Hernán DC, M.D., M.Sc, M.P.H. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud *Colomb Med* 2002; 33:72-80.
4. La epidemia de la obesidad –Sistema Nacional de Salud 2006. 17 octubre, 2007.
5. Rivera DJ, *Rev. Salud Pública y Nutrición.* La situación alimenticia en México. No. 2000 (edición especial).
6. Morin ZR, Lonngi G. Aspectos generales de la obesidad. Editorial Litograpo, S.A. de C.V. 2005, pág.19-27.
7. Encuesta Nacional de Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública 2006, 85-103.
8. Astrup A, Dyerberg J, Selleck M, Stender S. Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obes Rev.* 2008; 9 Suppl 1:48-52.
9. Clark JM, Brancati FL. The challenge of obesity-related chronic diseases. *J Gen Intern Med.* 2000; 15(11):828-9.
10. Freeman-Fobbs P. Feeding our children to death: the tragedy of childhood obesity in America. *J Natl Med Assoc.* 2003; 95(2):119.
11. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. En: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm. En: National institutes of health; 2006.
12. Centro de prensa OMS “obesidad y sobrepeso” nota descriptiva num.311,sep. 2006; pág. 1-8.
13. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
14. Berrios X, Jadue L, Zenteno J y cols. Enfermedades crónicas del adulto. Estudio de algunos factores de riesgo en población general urbana de la región metropolitana, 1986-1987. *Rev Med Chile* 1990; 118: 1042-1043.

15. WHO. WHO MONICA Project: Risk factors. *Int J Epidemiol.* 1989; 18 (Suppl1):S46-55.
16. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Ginebra: WHO.2000 (Technical Report Series 894);203.
17. Sociedad Española para el estudio de la Obesidad "SEEDO". Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica; *Med. Clin. (Barc)* 2000 (en prensa); form *Con Nutr Obes 2000* (en prensa).
18. WHO. World Health Organization Study Group. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Ginebra: WHO.1990 (Technical Report Series 797); 203.
19. Apolinar Membrillo Luna y otros. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos mexicanos, S.A.de C.V. México, D.F. 2008. Pág. 39-40, 223-226.
20. Isabel Louro Bernal y otros. Manual para la Intervención en la salud familiar. La Habana: editorial Ciencias Médicas; 2000. Pág. 11,13,43.
21. Ricardo Anzures y Cols. Medicina Familiar, Ed. Corporativo Intermédica, México, D.F. 2008, pág. 51-52, 113-115, 227-278, 331-335,338-341.
22. La Contención de la familia en la Obesidad. Sebastian Méndez Errico. 14 de Octubre del 2005. España a perder peso. www.abajarcolesterol.com
23. José Luis Huerta González. Medicina Familiar, La familia en el proceso salud-enfermedad. Ed. Alfil, Méx. 2005, pág. 36-39.
24. Dr. Diego García-Huidobro Departamento de Medicina Familiar, Vicuña Mackenna Macul, Santiago Chile. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Rev Med Chile* 2010; 138: 1463-1464.
25. M. Isabel Salas, A y Col. Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica. *Rev Med Chile* 2010; 138: 1217-1225.
26. Johnson B Brownell KD, St Jeor ST et al. Adult obesity and functioning in the family of origin. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 213-18.
27. Wing RR, Jeffery RW. Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 132-138.
28. ITA (Instituto de Trastornos Alimentarios). 2010 Nov. Las familias tienen un papel decisivo en el tratamiento de la obesidad infantil. Copyright © 1997-2011 Intersalud.

29. Proimos J, Sawyer S. Obesity in childhood and adolescence. *Aust Fam Physician*, 2000; 29:321-327.
30. Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernandez S, Hernandez-Avila M, Sepulveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2006. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica, 2006.
31. Davison KK, Marshall SJ, Birch LL. Cross-sectional and longitudinal associations between TV viewing and girls' body mass index, overweight status, and percentage of body fat. *Pediatr* 2006;149:32-37.
32. Hernández B, Gortmaker SL, Colditz GA, Peterson KE, Laird NM, Parra-Cabrera S. Association of obesity with pyhisical activity, television programs and other forms of video viewing among children in México City. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:845-854.
33. Aranceta J, Perez Rodrigo C, Dominguez I. Prevalence of obesity, body umage and lifestyles in a group of adolescents of Bilbao. *Proceedings of the EANS'98 Nutr Hosp* 1998; 13: 299.
34. Serra-Majem L, Ribas L, Garcia R. Avaluacó de léstat nutricional de la pobació catalana (1992ñ93. Avaluació dels hàbits alimentaris, l consum d'aliments, energia i nutrients i de l'estat nutricional mitjanncatindicadorsbioquimics i antropomètrics. Barcelona, Generatitat de Catalunya. Departamentde Sanitat i Seguritat Social, 1996.
35. Quiles Iquierdo J, Vioque J. Prevalencia de obesidad en la Comunidad Valenciana *Med Clin* 1996; 106: 529-33.
36. Kluthe R, Schubert A. Obesity in Europe. *An Intern Med* 1985; 103:103742.
37. Obando y de la Corte J. La influencia de la función familiar en la obesidad de los adolescentes. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla, 2004.
38. Beck S, Terry KA. A comarasion of obese and normal-weight families psychological characteristics. *Am J Fam Therapy* 1985; 13: 55-59.
39. Johnson B Brownell KD, St Jeor ST et al. Adullt obesity and functioning in the family of origin. *Int J Eat diorrd* 1997; 22: 213-18.
40. Alvarez R, et al. Temas de Medicina General Integral. Vol I: Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2001:209-223.
41. De la Cuesta, D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento, 1994 [Tesis])

ANEXOS

ANEXO I

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

- Materiales
- Humanos

Para realizar este estudio se contó con los siguientes recursos: un médico investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, un asesor clínico y experimental para esta investigación y un test de evaluación familiar.

Además se contó con una computadora portátil WXGA Acer Crystal Brite LCD, con procesador Windows Vista, unidad de almacenamiento (USB) como acopio de todos los registros. Servicio de fotocopadoras para obtener los test de evaluación familiar, formatos de recolección de datos y cartas de consentimiento informado. Borradores, lápices, hojas, insumos.

Los gastos en general fueron solventados por el residente de tercer grado de Medicina Familiar.

ANEXO II

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Delegación Poniente del Distrito Federal
Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional
Educación e Investigación Médica.

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD EN EL SERVICIO DE NUTRICIÓN DE LA CMF MARINA NACION

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
ELECCIÓN DEL TEMA Y DEL TITULO				X								
ANTECEDENTES					X							
MARCO TEÓRICO					X	X						
BIBLIOGRAFIA							X					X
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES								X				
PORTADA (HOJA FRONTAL)								X				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								X	X			
JUSTIFICACIÓN									X			
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS									X			
HIPÓTESIS									X			
MATERIAL Y MÉTODOS										X		
DISEÑO METODOLÓGICO											X	X

FECHA	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2011	FEB 2011
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	X											
MUESTRA		X										
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN			X									
VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)				X	X							
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES						X						
DISEÑO ESTADISTICO								X	X			
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS										X		
METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS											X	
CONSIDERACIONES ÉTICAS												X
ANEXOS												X

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO	X											
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCIÓN DE DATOS		X										
ALMACENAMIENTO DE DATOS			X									
DESCRIPCIÓN DE DATOS			X									
DISCUSIÓN DE DATOS				X								
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO				X								
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL					X							
REPORTE FINAL					X							
AUTORIZACIONES						X						
IMPRESIÓN DEL TRABAJO						X						
PUBLICACIÓN						X						

ANEXO III



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Delegación Poniente del Distrito Federal
Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional
Educación e Investigación Médica.

ASPECTOS ETICOS CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.
FECHA: _____.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN DE LA CMF MARINA NACIONAL”

El objetivo del estudio es conocer la funcionalidad familiar mediante el Test de funcionamiento Familiar FF-SIL en los pacientes del consultorio de nutrición de la Clínica Marina Nacional con diagnóstico de obesidad que acuden a consulta externa de Medicina Familiar.

Se me ha explicado que la participación que voy a tener consiste en responder un cuestionario durante mi espera en la consulta médica, donde voy a proporcionar datos personales, sobre mi enfermedad y mi familia con veracidad.

Por lo que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias de las preguntas derivadas del cuestionario para este estudio, así como la de responder a la entrevista dirigida y el tiempo empleado durante la misma.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de lo que se llevará a cabo, así mismo conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado seguridad de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Firma del paciente _____.

Primer Testigo

Segundo Testigo

ANEXO IV

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN “LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES OBESOS DEL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN DE LA CMF MARINA NACIONAL” FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NO. DE FOLIO _____.
TURNO DEL PACIENTE: (1) Matutino.
(2) Vespertino.

CEDULA DEL TRABAJADOR: _____.

EDAD: _____ AÑOS.

GÉNERO: (1) Femenino.
(2) Masculino.

ESCOLARIDAD: (1) Primaria.
(2) Secundaria.
(3) Preparatoria.
(4) Licenciatura.
(5) Técnica.
(6) Ninguna.

OCUPACIÓN: (1) Empleado.
(2) Desempleado.

ESTADO CIVIL: (1) Soltero.
(2) Casado.
(3) Viudo.
(4) Divorciado.
(5) Otro.

VARIABLES

CUAL ES SU IMC: _____.

TIEMPO DE PADECER OBESIDAD: _____.

TRATAMIENTO UTILIZADO: (1) Alopático.
(2) Alternativo.
(3) Otro.

REALIZA EJERCICIO: (1) Si.
(2) No.
(3) Especificar _____.

REALIZA DIETA: (1) Si.
(2) No.

VARIABLES DEL TEST

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

- (1) FAMILIA FUNCIONAL.
- (2) FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL.
- (3) FAMILIA DISFUNCIONAL.
- (4) FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

TABLA ENCUESTA DE RESULTADO DEL TEST

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
	1	2	3	4	5
1. SE TOMAN DECISIONES PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA.					
2. EN MI CASA PREDOMINA LA ARMONIA.					
3. EN MI FAMILIA CADA UNO CUMPLE RESPONSABILIDADES.					
4. LAS MANIFESTACIONES DE CARÍÑO FORMAN PARTE DE NUESTRA VIDA COTIDIANA.					
5. NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA.					
6. PODEMOS ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMAS Y SOBRELLEARNOS.					
7. TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES.					
8. CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA, LOS DEMAS AYUDAN.					
9. SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTE SOBRECARGADO.					
10. LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES					
11. PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR.					
12. ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS.					
13. LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR.					
14. NOS DEMOSTRAMOS EL CARÍÑO QUE NOS TENEMOS					

**NUMERO DE SITUACIONES VARIABLES
QUE EVALUAN EL TEST**

PREGUNTA	VARIABLES
1 Y 8	COHESION
2 Y 13	ARMONIA
5 Y 11	COMUNICACIÓN
7 Y 12	PERMEABILIDAD
4 Y 14	AFFECTIVIDAD
3 Y 9	ROLES
6 Y 10	ADAPTABILIDAD

**ESCALA DE RESPUESTAS CUALITATIVAS
Y SU ESCALA DE PUNTOS**

ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA
CASI NUNCA	1 PUNTO
POCAS VECES	2 PUNTOS
A VECES	3 PUNTOS
MUCHAS VECES	4 PUNTOS
CASI SIEMPRE	5 PUNTOS

**SUMATORIA DE PUNTOS Y
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

70 a 57 puntos	FAMILIA FUNCIONAL
56 a 43 puntos	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL
42 a 28 puntos	FAMILIA DISFUNCIONAL
27 a 14 puntos	FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

ANEXO V

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial:

I. Principios básicos

- La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
- El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
- La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe caer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que estas hayan otorgado su consentimiento.
- La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
- Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
- Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir así mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

- Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
- En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.
- En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
- En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
- En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
- El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente declaración.