



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47
SAN LUIS POTOSI, SLP**

**TIPO DE APOYO DE PAREJA PERCIBIDO POR EL PACIENTE
OBESO EN PROGRAMA DE SOBREPESO, OBESIDAD
HIPERTENSIÓN Y DIABETES (SOHDi) DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 49 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSI.**

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

PRESENTA:

DR LEÓN DAVID MARTÍNEZ SALAZAR

SAN LUIS POTOSI, SLP. 1 DE MARZO DEL 2012



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.

**TIPO DE APOYO DE PAREJA PERCIBIDO POR EL PACIENTE
OBESO EN PROGRAMA DE SOBREPESO, OBESIDAD
HIPERTENSIÓN Y DIABETES (SOHDi) DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 49 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSI**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR LEÓN DAVID MARTÍNEZ SALAZAR

AUTORIZACIONES

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

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

**TIPO DE APOYO DE PAREJA PERCIBIDO POR EL PACIENTE
OBESO EN PROGRAMA DE SOBREPESO, OBESIDAD
HIPERTENSIÓN Y DIABETES (SOHDi) DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 49 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSI**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR LEÓN DAVID MARTÍNEZ SALAZAR

AUTORIZACIONES

DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESÚS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SEDE UMF 47 SAN LUIS POTOSÍ

DR HIPOLITO JIMENEZ RUIZ
ASESOR DE METODOLÓGIA DE TESIS
COORDINADOR DEL ARCHIVO CLINICO UMF 47
SAN LUIS POTOSI

DR MIGUEL ANGEL MENDOZA ROMO
ASESOR ESTADÍSTICO
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL CIEFD
DELEGACION SAN LUIS POTOSI.

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SAN LUIS
POTOSI. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 45

INDICE

1	Titulo	
2	Índice general	1
3	Marco teórico	2
4	Planteamiento del problema	13
5	Justificación	14
6	Objetivos Generales	16
7	Objetivos Específicos	16
8	Metodología	
	Tipo de estudio	17
	Población, lugar y tiempo de estudio	58
	Tipo de muestra y tamaño de la muestra	61
	Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
	Información a recolectar (Variables a recolectar)	
	Método o procedimiento para captar la información	
	Consideraciones éticas	
9	Resultados	54
10	Discusión	
11	Conclusiones	
12	Referencias bibliográficas	62
13	Anexos	68

MARCO TEÓRICO

La OMS define al sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30, estos umbrales sirven para evaluaciones individuales pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas aumenta a partir de un IMC de 21. El índice de masa corporal (IMC) constituye la medida poblacional más útil para el sobrepeso y la obesidad, es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2). Los últimos cálculos indican que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso, al menos 400 millones de adultos obesos. Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.¹

El sobrepeso en México es un problema mayor. De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, en el 2006 el 70% de los adultos presentaban exceso de peso severo, y un 30% se ubicaba en la categoría de obesidad. A partir de 1980, el índice de adultos obesos en México ha crecido y la obesidad y el sobrepeso en nuestro país crecen un 2% cada año. El 85% de los casos tiene su origen en factores ambientales.²

La prevalencia de sobrepeso mas obesidad en San Luis Potosí es de 68.4% en adultos mayores de 20 años, (65.8% para hombres y 70.2% para mujeres) aunada a las altas cifras de sobrepeso y obesidad de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal es de 75.6% en el estado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de San Luis Potosí se encuentra por debajo del promedio nacional, el cual es del 69.8%, y un máximo nacional de

60.8%.³

Las enfermedades crónicas, con frecuencia están asociadas con disfunciones sexuales, en éstas, influyen factores tanto físicos, como psicológicos. Se tiende a alterar las fases del deseo y la excitación. Aunque una parte significativa de los enfermos crónicos presenta algún tipo de disfunción sexual la mayoría de las personas que las atienden no plantean abiertamente este problema, por consiguiente es importante que el médico práctico tenga en cuenta estas consideraciones.^{4, 5}

Dado que la obesidad es multifactorial, el tratamiento debe ser apoyado en un grupo multidisciplinario, y se debe indicar un tratamiento estandarizado, el cual, es aquel tratamiento de composición, dosis, cantidad, y tiempo para cualquier tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual (edad, sexo, grado de sobrepeso y obesidad, causas y patologías asociadas).⁶

En general las enfermedades crónicas como la obesidad tienden a alterar las fases del deseo y excitación sexual, mientras que los farmacológicos pueden interferir con cualquiera de las fases de la respuesta sexual. Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo, de depresión asociada a la propia enfermedad. Las alteraciones de la sexualidad inducidas por estos procesos suelen ser multifactoriales, y a su desarrollo contribuyen factores tanto físicos como psicológicos.⁷

En un estudio que se realizó en La Coruña España, la prevalencia del síndrome metabólico aplicando la definición del ATP III fue del 27.6%, teniendo en cuenta los criterios del EGIR fue del 15.7%, y empleando los criterios de la OMS fue del 35.8%. Estos resultados muestran que en una población de pacientes con sobrepeso y obesidad, la prevalencia del síndrome metabólico es más alta que en la población general. Estos hallazgos pueden tener implicaciones a la hora de plantear un diagnóstico de la enfermedad cardiovascular y de la diabetes mellitus de estos pacientes, con el objetivo de intervenir terapéuticamente de forma temprana disminuyendo sus complicaciones metabólicas y cardiovasculares.⁸

Actualmente solo dos fármacos están autorizados por la Agencia Europea del Medicamento, y por la FDA (Food and Drug Administration), para el tratamiento de la obesidad a largo plazo, sibutramina y orlistat. El tratamiento farmacológico de la obesidad debe ser considerado en pacientes obesos (IMC mayor de 30), o con sobrepeso (mayor de 27), en presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, no debiendo utilizarse como tratamiento aislado, sino junto a otras terapias básicas: dieta, ejercicio físico, y apoyo psicológico.⁹

De forma casi unánime, los grandes estudios epidemiológicos han coincidido en que la obesidad tiene un riesgo oncológico, fundamentalmente para cierto tipo de cánceres. Esta vinculación está demostrada fundamentalmente para el cáncer de mama, en posmenopáusicas, cáncer de colon, endometrio, vejiga, riñón, esófago, hígado y páncreas. La modificación del perfil estrogénico de la mujer obesa, la resistencia insulínica, y los propios factores humorales secretados por el adipocito se perfilan como grandes causas de esta vinculación.¹⁰

Una dieta hipocalórica equilibrada, ejercicio físico y dieta pueden ser útiles. En un estudio sobre el tratamiento de la obesidad se concluyó que: cumplir el tratamiento dietético y la recomendación de un cambio en el estilo de vida (realización de ejercicio regular y consumo de fibra) favorece la pérdida de peso y la consecución de los objetivos para cada paciente.¹¹

Por su incremento progresivo, el sobrepeso y la obesidad son importantes problemas de salud pública en México y el mundo. Se realizó un estudio sobre peso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar en México donde se concluyó: "el sobrepeso y la obesidad fueron frecuentes en el personal de la salud de una unidad de medicina familiar. Nuestros resultados mostraron mayor frecuencia de obesidad en hombres, en comparación con estudios de población general adulta mexicana. Es necesario aplicar programas integrados, favorecer el cuidado de la salud, modificar los estilos de vida, nutrición, ejercicio e imagen corporal".¹²

La obesidad es una enfermedad crónica. Entre los tratamientos existentes tienen mayor efectividad a largo plazo aquellos que implican un cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, es decir, un cambio de estilo de vida. Los hábitos alimentarios los aprendemos en la infancia, en la primera década

de la vida; estas conductas quedarán fuertemente fijadas y tenderemos a ejecutarlas a lo largo de la vida.

La modificación de estos hábitos requiere el uso de técnicas psicológicas específicas como las incluidas en la psicoterapia cognitiva-conductual. Muchos obesos acuden a consulta con la idea que la obesidad es un problema independientemente de las demás áreas de su vida. Muchas veces esta actitud se ve reforzada por la conducta del terapeuta quien centra pérdida rápida de peso como objetivo único del tratamiento más que el cambio profundo de la conducta. La terapia cognitivo-conductual se dirige a modificar comportamientos y pensamientos, se investiga el funcionamiento actual, se recarga el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones. El objetivo es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.¹³

Las prevalencias de obesidad y asma se han incrementado ostensiblemente en las últimas décadas, lo que ha llevado a postular que ambas entidades pudiesen estar relacionadas. Se postulan varios mecanismos biológicos: (inmunoinflamatorios, hormonales, genéticos, dietéticos, mecánicos, y actividad física), para explicar esta relación. Sin embargo, esta relación es compleja y además de ser un ejemplo de cómo interactúan los genes y el ambiente en el origen de ambas enfermedades, lo más probable es que exista más de un mecanismo implicado.¹⁴

La obesidad central tiene más trascendencia clínica que la obesidad periférica, ya que el tejido intraabdominal es más activo metabólicamente que el periférico. Así, libera ácidos grasos y citocinas que son las causas de las alteraciones en el metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono, lo que facilita la resistencia insulínica. La obesidad central es un componente central del síndrome

metabólico y un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, y de la enfermedad cardiovascular.¹⁵

Hay cuestionarios que miden diferentes factores como pueden ser: apoyo/emocional - informacional, apoyo afectivo, apoyo instrumental, y la interacción social positiva.

En la comparación de medias de las dimensiones de la escala con el tamaño de la red social, sexo, edad, se concluye que cuanto mayor es el tamaño de la red social, mayor es la percepción de apoyo social cualitativo que se recibe, los varones tienen la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. La edad no aporta diferencias respecto a la percepción del tipo de apoyo social que se recibe.¹⁶

Al comparar el control glucémico de pacientes diabéticos en un hospital y una unidad médica en Cancún, México, que pertenecen a un grupo de apoyo y de quienes no forman parte de él, se ha encontrado que pertenecer a un grupo de apoyo no refleja un control.¹⁷

El desarrollo de la genómica funcional en los próximos años condicionará cambios en el conocimiento teórico y la práctica clínica de la nutrición. La posibilidad de una intervención nutricional en periodos críticos del desarrollo y la capacidad de modificar la susceptibilidad a ciertas enfermedades a través de la alimentación (como son la obesidad, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares) es el gran reto de la nutrigenómica, más allá del diseño de dietas o alimentos "funcionales" personalizados.¹⁸

La prevalencia de sobrepeso en San Luis Potosí es del 68.4% en mayores de 20 años, aunada a la circunferencia de cintura considerada como obesidad

abdominal es del 75.6% en el estado.¹⁹

La obesidad central tiene más trascendencia clínica que la obesidad periférica ya que el tejido adiposo intraabdominal es metabólicamente más activo que el periférico. Así, libera ácidos grasos y citocinas que son la causa de las alteraciones en el metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono, que facilita la resistencia insulínica.

La obesidad central es un componente esencial del síndrome metabólico y un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 y de la enfermedad cardiovascular.²⁰

El síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo que incluye obesidad visceral, hipertrigliceridemia, descenso de las concentraciones de colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad, hipertensión arterial, hiperglucemia y, en algunas directrices resistencia a la insulina. A su vez, otros estudios longitudinales han demostrado que el síndrome metabólico es capaz de predecir un descenso de testosterona. Así, el déficit de testosterona parece como causa y, al mismo tiempo, consecuencia del síndrome metabólico.²¹

En este sentido, su análisis cobra importancia en el estudio de las relaciones interpersonales y sobre todo en la relación de pareja, por ser esta el pilar de la familia, y esta última la unidad funcional de las sociedades colectivistas. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológico y emocional, su estudio, es relativamente reciente.²²

El apoyo que se percibe del otro es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal como en la vinculación con los demás.²³

La obesidad abdominal, constituye, junto con la resistencia insulínica, la base fisiopatológica del síndrome metabólico. El exceso de tejido adiposo visceral, desempeña un papel clave en las comorbilidades de la obesidad abdominal. La esteatosis multiorgánica promueve la resistencia insulínica, el estrés oxidativo y la inflamación lo que da lugar a disfunción endotelial y arterioesclerosis.

El exceso de tejido adiposo visceral conduce a un perfil metabólico de riesgo independientemente de la cifra del índice de masa corporal. La potencial capacidad patógena de la obesidad abdominal debe ser tomada en cuenta en la valoración de cualquier cuadro en que el riesgo cardiometabólico sea un objetivo de acción preventiva o terapéutica.²⁴

La incidencia de glomerulopatía asociada a la obesidad está alcanzando proporciones tremendas durante la última década. La lesión más frecuentemente encontrada en las biopsias renales de los pacientes obesos con proteinuria es la glomerulonefrosis segmentaria y focal. Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la obesidad es un importante factor de riesgo para el desarrollo de proteinuria e insuficiencia renal en la población sana.

Los mecanismos por los que la obesidad puede inducir proteinuria son desconocidos, aunque existen evidencias que apuntan hacia la participación de factores hemodinámicos, hiperlipidemia y a un aumento de sustancias vaso activas y fibrogénicas, entre las que se incluyen la angiotensina II, insulina, leptina, y el factor transformador de crecimiento beta. La pérdida de peso produce una marcada reducción de los componentes del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

La prevención y tratamiento de la obesidad debe ser un objetivo primordial dentro de los pacientes diabéticos y no diabéticos con enfermedad renal crónica.²⁵

La definición de apoyo social es compleja, al igual que su medición. Se trata de un constructo multidimensional que se puede definir como "el grado en que las necesidades básicas de las personas son satisfechas a través de las interacciones con otros, entendiéndose por necesidades básicas: la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación."²⁶

La potencial capacidad patógena de la obesidad abdominal debe ser tomada en cuenta en la valoración de cualquier cuadro en el riesgo cardiometabólico sea un objetivo de acción preventiva o terapéutica.²⁷

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que aumenta el IMC. El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como:

- α) Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y EVC), que son la principal causa de muerte en el mundo, con 17 millones de muertes al año.
- β) b) Diabetes, transformada en epidemia mundial, la OMS calcula que las muertes por diabetes mellitus aumentarán en todo el mundo más de 50% en los próximos 10 años.
- γ) c) Enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- δ) d) Algunos cánceres como endometrio, mama y colon.²⁸

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo: Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso, y al menos 400 millones de adultos obesos, además; la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.²⁹

A partir de 1980, el índice de adultos obesos en México se ha duplicado. Al respecto, el Dr Simón Barquera, Director del Área de Epidemiología Nutricional del Instituto Nacional de Salud Pública, señaló que la incidencia de casos de sobrepeso y la obesidad en nuestro país se ha ido incrementando en un 2% por año. Las causas del sobrepeso señaló son múltiples; sin embargo, el 85% de los casos tiene su origen en factores ambientales: "la gente come demasiado y hace muy poco ejercicio".³⁰

La comunicación no solo debe servir para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención. Corresponde al médico familiar identificar desde su práctica diaria sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes. La comunicación directa y los límites claros predominan en las familias funcionales y balanceadas. El médico familiar puede conociendo técnicas sencillas, aproximarse al esquema cognitivo de sus pacientes y poder junto a ellos elaborar esquemas de modificación de pensamientos erróneos, que pueden generar conductas depresógenas.^{31,32,33}

En los problemas conyugales aunados a un problema de salud, cuando alguno o ambos miembros de la pareja presentan algún problema de salud, esta situación provoca o complica los problemas de pareja, lo que puede derivar en problemas por una inadecuada atención de la enfermedad, o en problemas emocionales reactivos, exceso de ansiedad o incluso una reacción depresiva por la enfermedad. El médico familiar ve la obesidad como una enfermedad y primera causa de mortalidad prevenible, se siente capaz de motivar al paciente pero prefiere atender otras patologías.^{34,35}

El apoyo social puede definirse como la percepción hipotética que tiene una persona sobre sus recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso necesario, que el individuo reciba apoyo o no, es menos importante para su percepción del hecho que su creencia de que el apoyo está o no disponible para él; a esto se le ha llamado “efecto amortiguador”. Las personas perciben en términos de calidad y cantidad el apoyo social, en este sentido las dimensiones culturales del apoyo social son un componente importante de la producción social de enfermedad.³⁶

En el IMSS el incremento de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes en su población derechohabiente, obligó a la definición de estrategias operativas con el propósito de integrar grupos de pacientes basados en esquemas de educación para adultos y con un enfoque psicosocial, de tal manera que favorezcan cambios en el estilo de vida, fue así como surgió el proyecto de Grupos de Autoayuda SOHDi en 2006 (siglas tomadas de las 4 entidades clínicas involucradas), enmarcadas dentro del PMMF (Proceso de Mejora de Medicina Familiar), y el cual tiene las siguientes actividades: fortalecer la difusión y capacitación de equipos de salud (Médico Familiar, Trabajo Social, Nutricionista) con participación directa del jefe de servicio de Medicina Familiar, el jefe de Trabajo Social y el Director de Medicina Familiar. El sistema de evaluación comprende: la evaluación del proceso y la evaluación de los impactos en salud alcanzados con los usuarios/as, esta evaluación se realiza

con indicadores médicos y psicosociales, se realizan mediciones a los 3, 6, 9 y 12 meses, junto con los indicadores psicosociales, los cuales son: el grado de actividad física, el nivel de satisfacción de los usuarios y el nivel de satisfacción de los prestadores de servicio. El Médico Familiar mide y evalúa el cambio clínico, el Director de la Unidad Médica Familiar analizará con el cuerpo de gobierno los avances de la estrategia, implementa mejoras e informa el nivel delegacional de los resultados, el Coordinador Delegacional de Medicina Familiar informa al Jefe de Prestaciones Médicas y a la División de Medicina Familiar los resultados y avances de la estrategia y el Nivel Central concentra, analiza y retroinforma los resultados de la estrategia de los grupos de autoayuda. En 2006 se realizó una evaluación de las 35 delegaciones en el país donde se formaron 15,220 grupos con un total de 23,777 integrantes donde se observó una deserción del 32%, y se encontró en una muestra de los grupos piloto 35 grupos formados con 528 pacientes observando un predominio del sexo femenino con un 79% y del masculino con un 21%.³⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional forma parte importante en la dinámica que se juega en toda relación de pareja, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social, así como cognoscitivamente, mediante la expresión física de afectos y cuidados.³⁸

En el transcurso de la enfermedad se necesita el apoyo por parte de la pareja, encontrando que de acuerdo al ciclo vital familiar la fase de retiro o muerte, los pacientes perciben un mayor apoyo por parte de su pareja, siendo esto de gran utilidad para los pacientes como complemento de su tratamiento.³⁹

El presente estudio es factible ya que los pacientes pertenecen al grupo SOHDI de la Unidad Médica Familiar No 49, los cuales son vulnerables para la realización del presente estudio.

Por tal motivo se plantea el siguiente estudio:

¿Cuál es el tipo de apoyo de pareja percibido por el paciente obeso en un programa institucional (SOHDI), para el manejo de pacientes con obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la UMF 49 del IMSS en San Luis Potosí?

JUSTIFICACION

Aunque muy poco considerados, los problemas familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan⁴⁰.

Las personas obesas al igual que las demás tienen en derecho a convivir con una pareja. Independientemente de si la obesidad se presentó o no antes de la unión el apoyo de la pareja es imprescindible para sobrellevar esta enfermedad. Sin embargo la relación puede trastocarse y por ello el apoyo sufrir consecuencias.

Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas.⁴¹

La aparición de una enfermedad, aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse crisis, dada la desorganización y que impacta en los miembros. La familia pone mecanismos autoregulatorios para funcionar, con un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar

La funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo, y son variables facilitadoras el afecto, el apoyo mutuo y la

participación que otorga la red familiar. En el tratamiento de las enfermedades el papel de la familia es muy importante. En el caso de los pacientes diabéticos, la familia, junto con el apoyo social constituye fuentes generadoras de apoyo para los enfermos.^{42,43,44}

Muchos pacientes obesos tienen la oportunidad de contar con grupos de ayuda tanto públicos como privados. Uno de los programas de mayor impacto probado en el Instituto del Seguro Social es el grupo SOHDI. Pero los resultados de este programa solo se han presentado hasta la fecha en términos cuantitativos sin incluir otros campos o variables.

Lamentablemente en la literatura se observan pocos trabajos relacionados con la percepción de apoyo de pareja en este tipo de pacientes, por tal motivo se decidió realizar el siguiente protocolo sobre los pacientes obesos en un grupo determinado como lo es el grupo SOHDI de la UMF 49 de San Luis Potosí, para observar el tipo de percepción de apoyo.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR EL TIPO DE APOYO DE PAREJA PERCIBIDO POR EL PACIENTE OBESO EN PROGRAMA (SOHDI) DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 49 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la percepción de apoyo de la pareja.
- Determinar los tipos de apoyo de la pareja.
- Identificar de acuerdo a edad y género, talla, IMC el tipo de apoyo de la pareja más frecuente

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo

Diseño del estudio: transversal.

Técnica de muestreo: no probabilístico.

Universo de estudio: Unidad Médica Familiar No 49 de San Luis Potosí.

Unidad de estudio: Pacientes con obesidad que pertenezcan al grupo SOHDI, que convivan en pareja.

Límite de tiempo: Junio del 2010 a Enero del 2011.

Tamaño de la muestra:

$$n = Z^2 (P_1 Q_1) + (P_0 Q_0) / d^2$$

$$\text{Donde: } Z = 1.96 \quad P_0 = 25 \quad P_1 = 10 \quad Q_1 = 1 - 0.25$$

$$Q_0 = 1 - 0.10 \quad d = 0.10$$

$$n = (3.8614) (0.2775) / 0.01 = 106$$

$$\mathbf{n = 106}$$

Se utilizara el programa SPSS versión 17.0.

VARIABLES

Variable independiente:

- Obesidad
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial.

Variable dependiente:

- Apoyo de pareja.

Variables de control: edad, género, talla, IMC.

ANALISIS ESTADISTICO

Se llevará a cabo estadística descriptiva e inferencial con medidas de tendencia central y dispersión, recorrido, desviación estándar(s), coeficiente de variación, Chi cuadrada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes con obesidad
- Que acudan y pertenezcan al grupo SOHDI
- Pacientes que convivan en pareja.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con obesidad adscritos a consultorio de medicina familiar
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes con alguna discapacidad física o mental.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes que abandonen el estudio.
- Pacientes que se dieron de baja al IMSS durante el periodo de estudio.
- Pacientes que abandonaron el grupo SODHI durante el estudio.

CRONOGRAMA 2010 - 2011

Junio-julio 2010

Ago-dic

Ene2011

PROCOLO	XXX XXX	XXX XXX						
REGISTRO			XXX XXX	XXX XXX	XXX XXX			
RECOLECCION						XXX XXX	XXX XXX	
CAPTURA DE DATOS						XXX XXX	XXX XXX	
ANALISIS						XXX XX	XXX XXX	
INTERPRETACION						XXX XXX	XXX XXX	
FORMULACION								XXX XXX

RECURSOS

Computadora	Precio 18,000\$	1		
impresora	Precio 1000\$	1		
hojas	Precio. 200.00\$	2,000		
internet	5,000\$	50 horas		
lapiceros	50.00\$	30		

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
PERCEPCION DE APOYO DE PAREJA	Es la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.	Apoyo que se recibe y que se da entre la pareja.	Nominal Negativo Positivo Expresado	Inventario de apoyo para la pareja.
TIPO DE OBESIDAD	Aumento de peso por arriba de estándares establecidos por la OMS.	Ocurre sobrepeso cuando el IMC es mayor a 25. Y obesidad cuando el IMC es mayor a 30.	Ordinal 1.sobrepeso(25-25.9) 2. obesidad grado 1 (30 -34.1) 3. obesidad grado 2 (35-39.9) 4. obesidad grado3 (mas o igual a 40)	Inventario de apoyo para la pareja

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
EDAD	Período cronológico de una persona medido en años.	Personas de 20 a 40 años 41 a 60 años Más de 60 años.	Ordinal	Inventario de apoyo para la pareja.
GENERO	Sexo asignado a una persona desde el nacimiento.	Masculino Femenino.	Nominal.	Inventario de apoyo para la pareja.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
DIABETES MELLITUS TIPO 2	Conjunto de enfermedades metabólicas con elevación de glucosa de mas de 120mg/dl, o mas de 200mg/ en toma al azar o en curva de tolerancia mas de 140mg.	Paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 con tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Categorica	Expediente
HIPERTENSION ARTERIAL	Elevación de las cifras tensionales debido a multiples entidades nosologicas Presion sistolica y diastolicas mayores de 120/80, con sintomatologia de sindrome vasoespasmodico.	Paciente diagnosticado con hipertensión arterial sistémica con tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Categorica	Expediente

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
TALLA	Medida en centímetros desde el talón a la cabeza.	Medición sistemática de los pacientes en centímetros.	ordinal	Expediente
INDICE DE MASA CORPORAL.	Peso entre la talla al cuadrado.	Medida poblacional para medir grado de obesidad.	Ordinal. De 25 a 29.9. 30 a 34.9. 35 a 39.9. Mayor o igual a 40.	Expediente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El siguiente estudio, no tiene repercusiones éticas. Observa también los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de la Declaración de Helsinki, en su última 59a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, y la del reporte Belmont donde se observan también los principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos en lo referente a la investigación, y en respeto al paciente en cuanto al anonimato del estudio.

Dentro de las revisiones llevadas a cabo se guarda el anonimato pertinente de todos los pacientes revisados, por lo que no hay repercusión ética en ellos, los datos obtenidos se sintetizan y continúan en resguardo de la unidad médica hasta que las autoridades competentes las soliciten para algún trámite administrativo.

Se respeta el anonimato en cuanto a nombre, edad, sexo, y enfermedades concomitantes de los pacientes que participen en el protocolo.

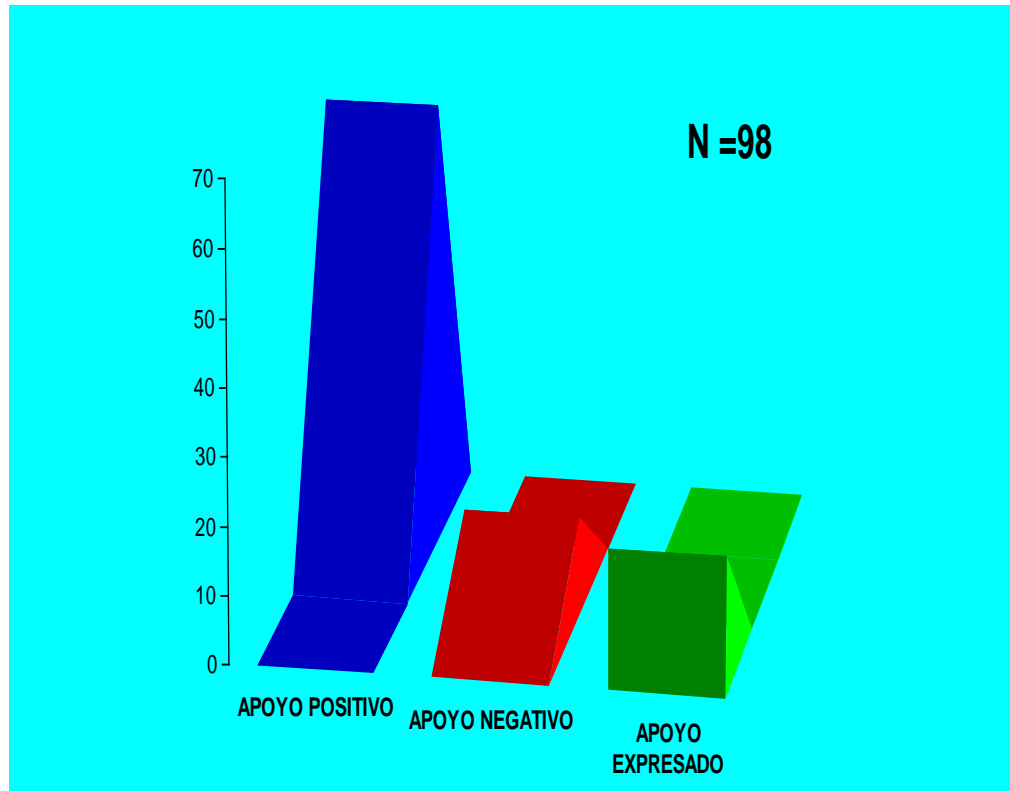
PROCEDIMIENTOS

En primer lugar se realizó la redacción y construcción del protocolo en junio y julio del 2010, posteriormente se solicitó la autorización y revisión del protocolo por parte del Comité de Ética e Investigación 2402 del HGZ 01, a continuación nos dirigimos con el Director de la UMF 49 del IMSS de San Luis Potosí para solicitar permiso para la realización del estudio y posteriormente al Departamento de Trabajo Social para solicitar su apoyo en el abordaje de los pacientes del grupo SOHDI en sus sesiones semanales ofreciéndoles una explicación sobre el estudio y los fines de éste, posteriormente se hace la entrega de los cuestionarios, los cuales contienen el Inventario de Apoyo Para La Pareja que consta de 59 reactivos. Posteriormente se llevó a cabo la recolección de los cuestionarios entregados a los pacientes del grupo SOHDI de la Unidad Médica Familiar No 49 del IMSS en San Luis Potosí, para luego proseguir a la captura de los datos, análisis e interpretación de los datos de agosto a diciembre del 2010.

Posteriormente en enero del 2011 se llevó cabo la formulación de resultados. Se llevo a cabo la interpretación de los datos con el programa operativo SPSS statistics versión 17.0.

RESULTADOS

TIPOS DE APOYO

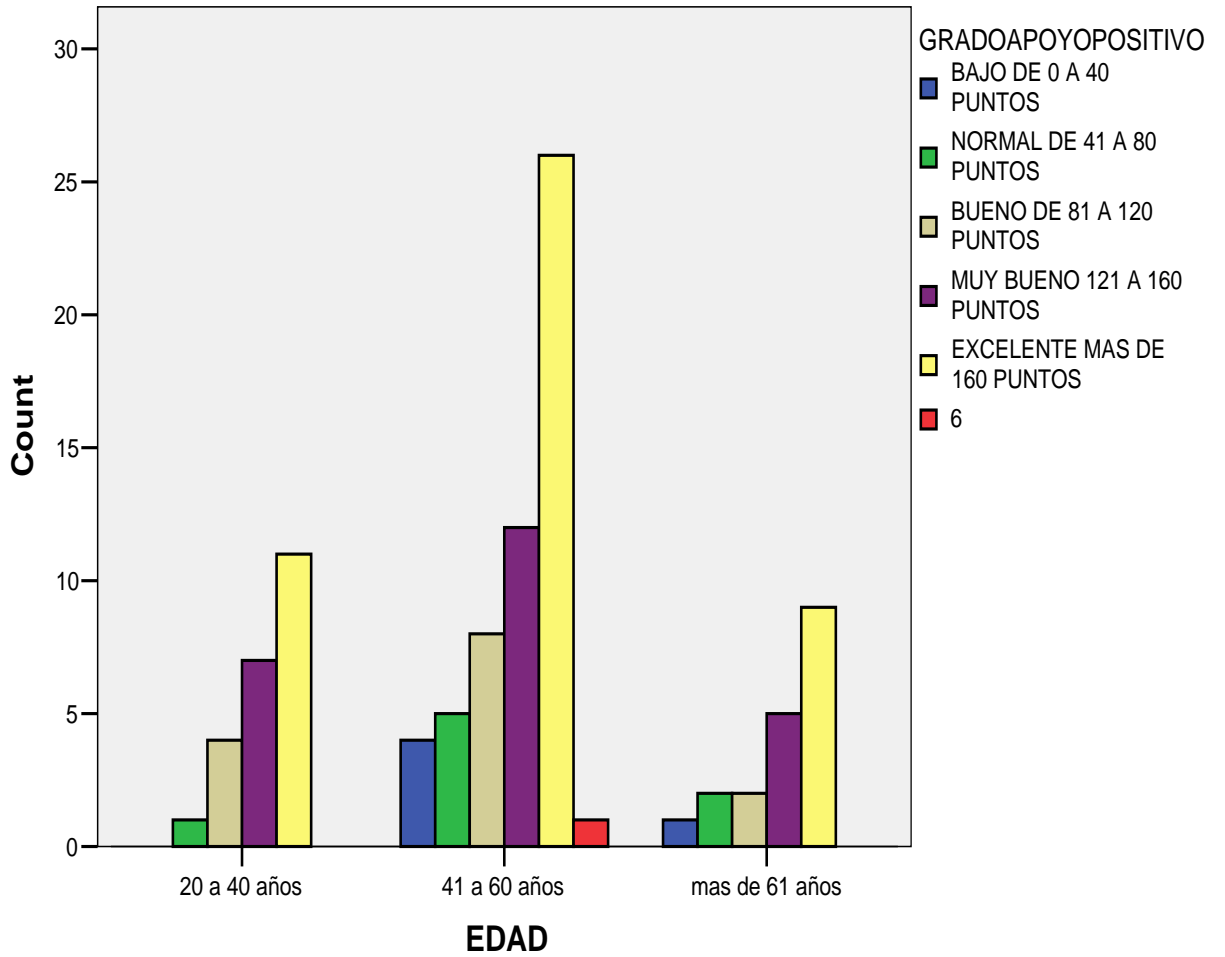


EL TIPO DE APOYO QUE PREDOMINO FUE EL POSITIVO CON 64.%, SEGUIDO DEL APOYO EXPRESADO CON 20.5% Y EL APOYO NEGATIVO FUE DE 14.6%.

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

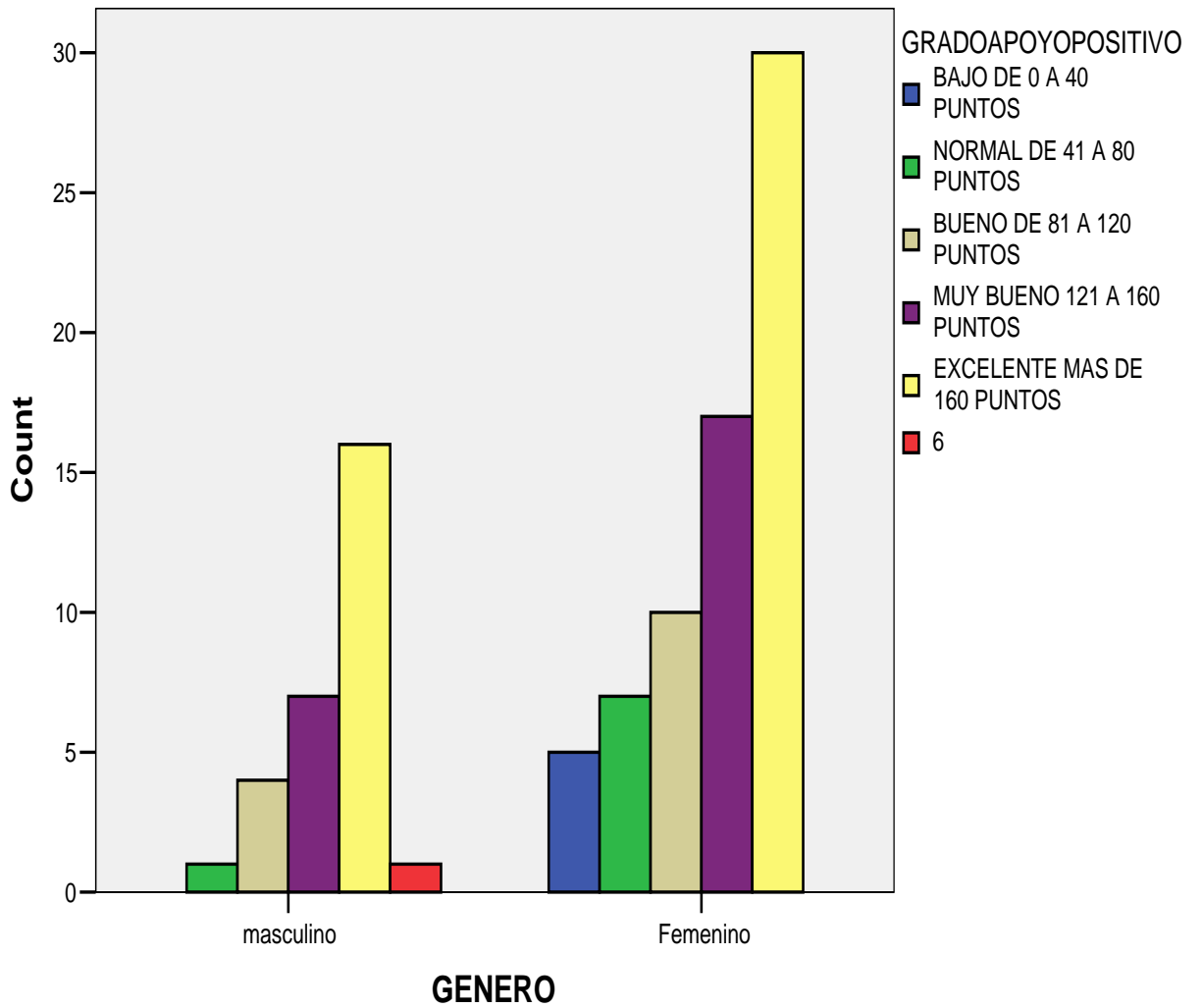
GRADO DE APOYO Y EDAD

Bar Chart



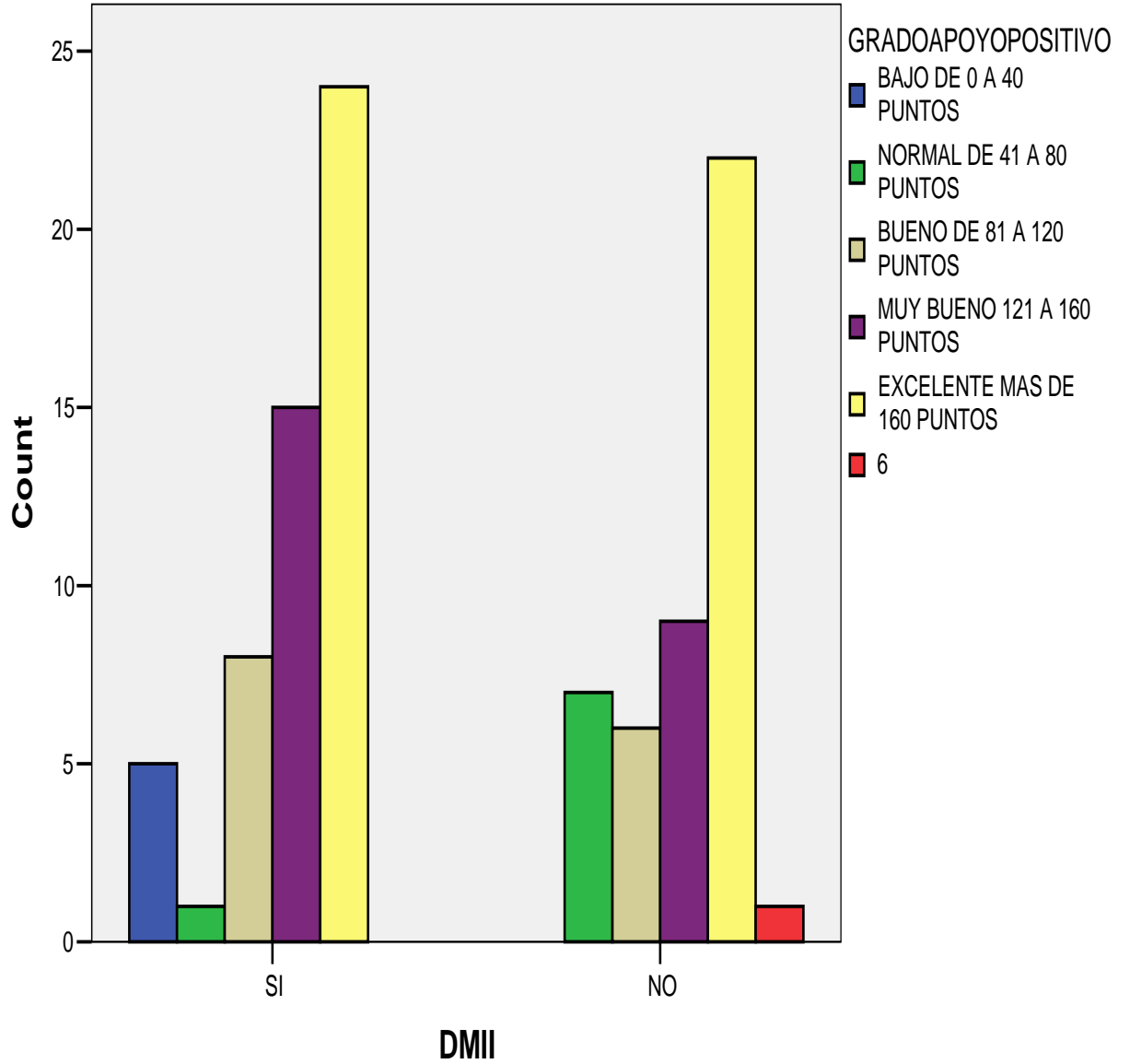
APOYO POSITIVO Y GÉNERO

Bar Chart



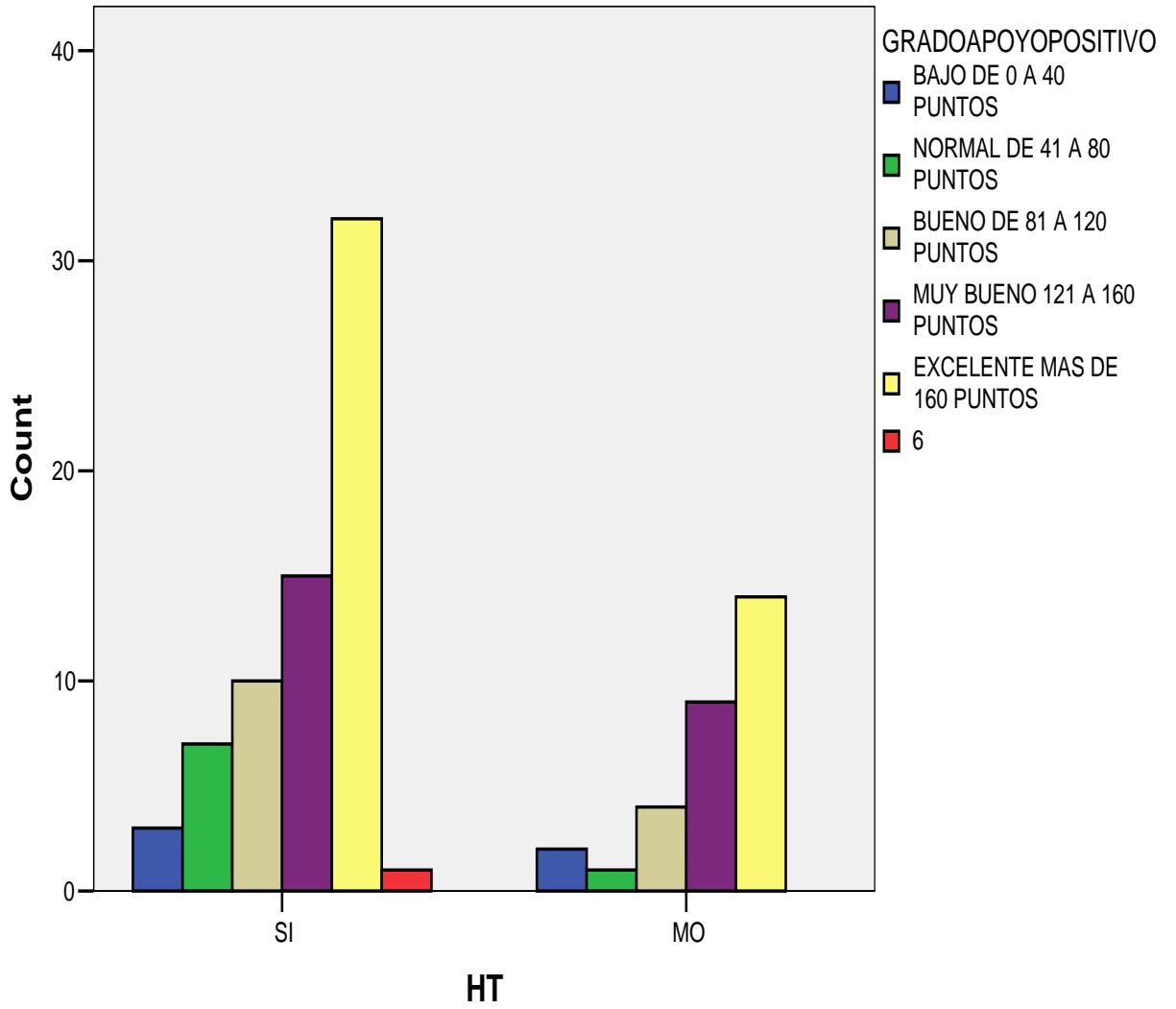
APOYO POSITIVO Y DIABETES MELLITUS II

Bar Chart



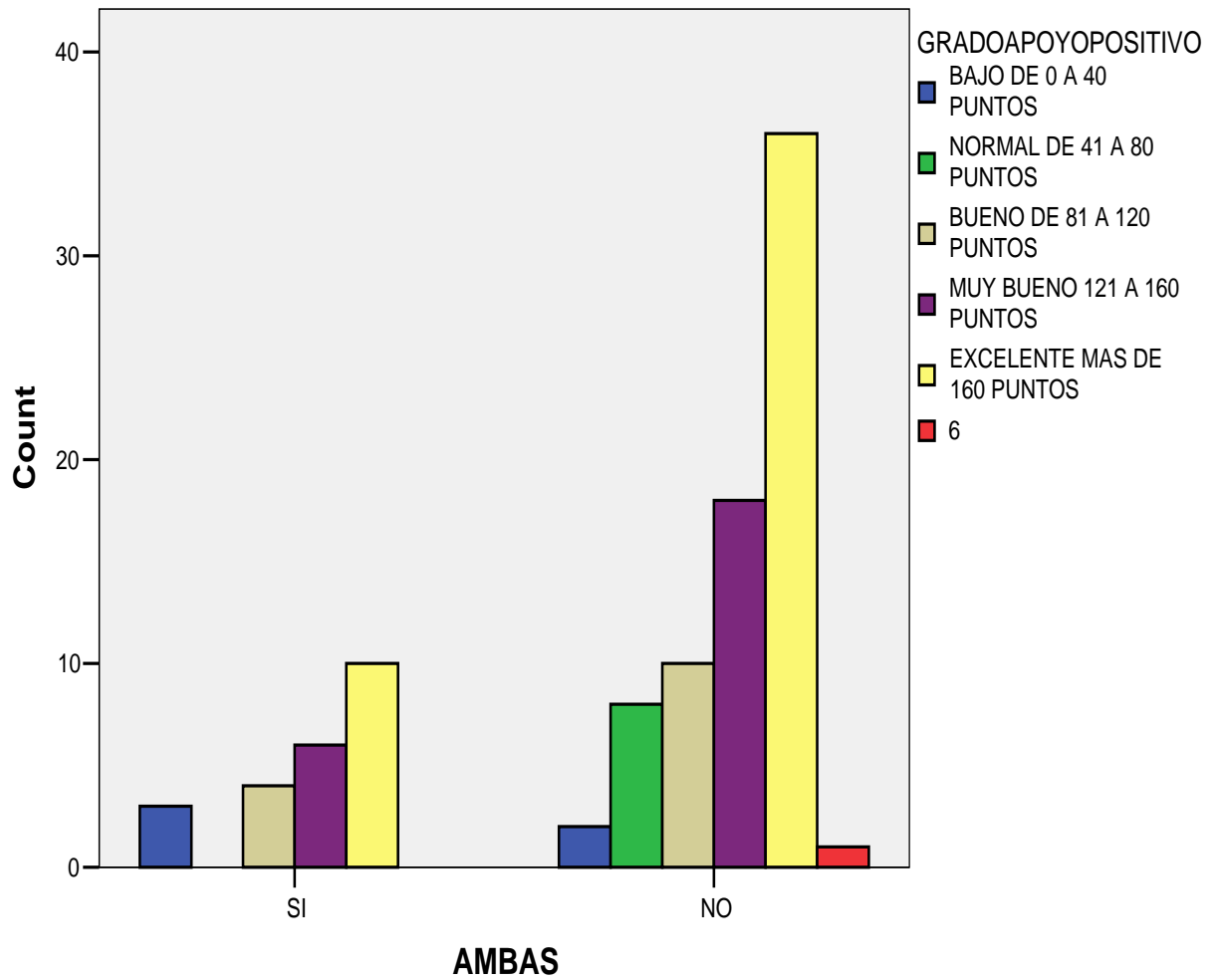
HIPERTENSIÓN Y APOYO POSITIVO

Bar Chart

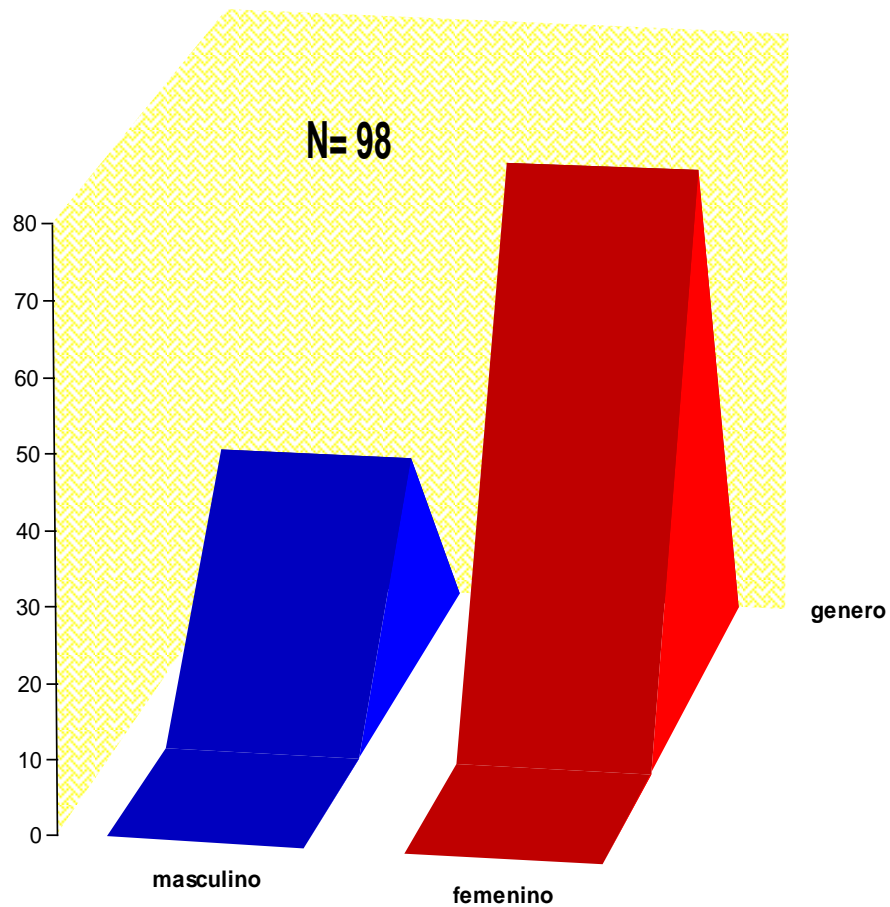


AMBAS ENFERMEDADES Y TIPO DE APOYO

Bar Chart



GENERO

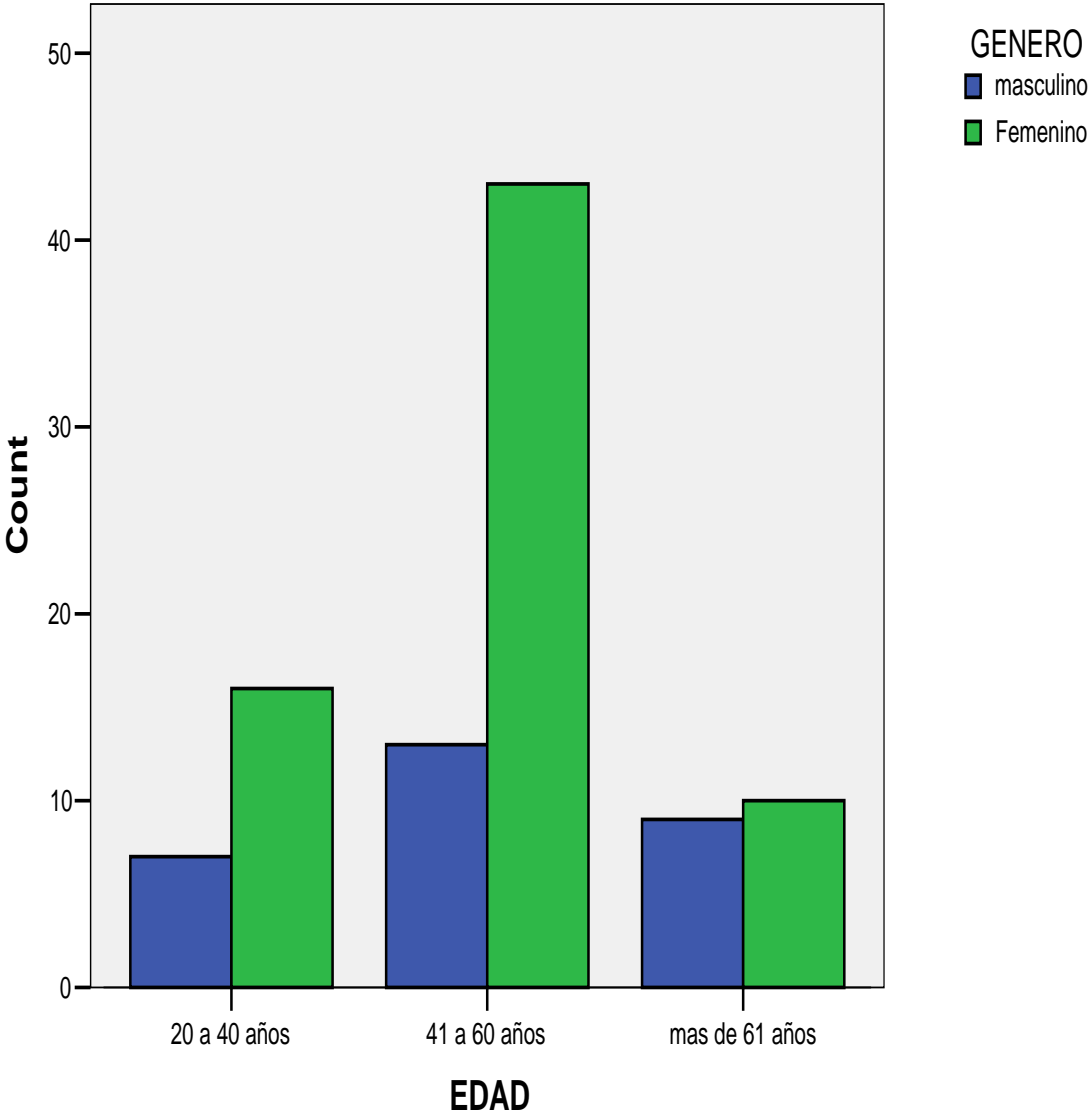


SE OBSERVO QUE EL GENERO FEMENINO PREVALECIÓ CON 70.4% MIENTRAS EL MASCULINO FUE DE 29.6%.

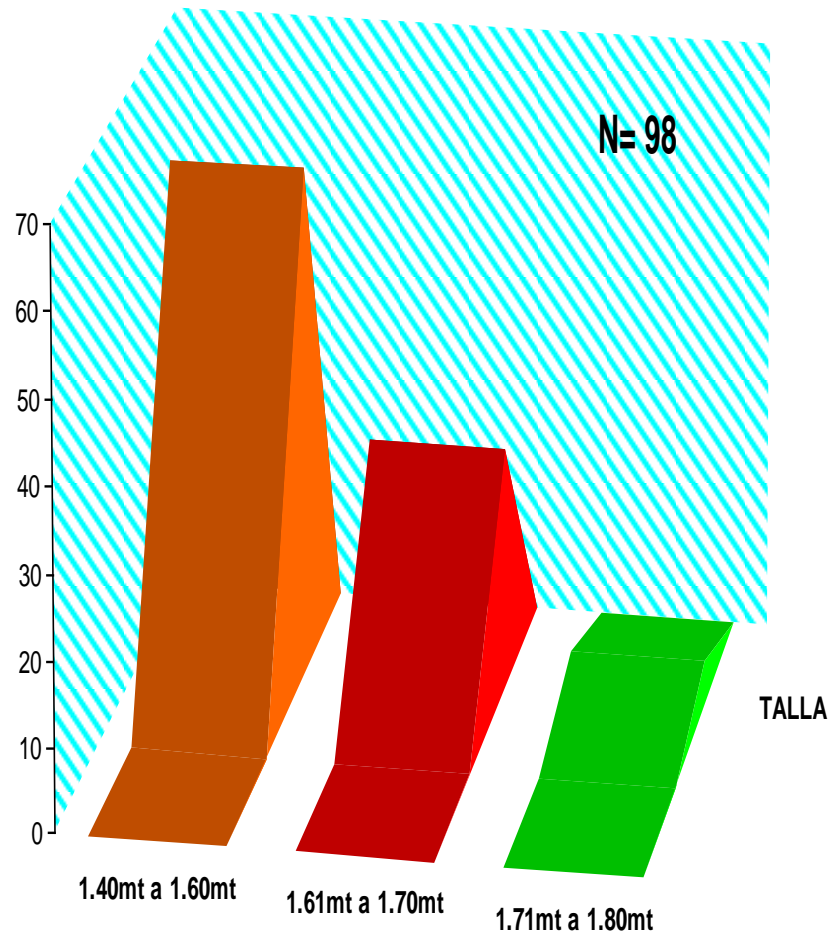
Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

GÉNERO Y EDAD

Bar Chart



TALLA

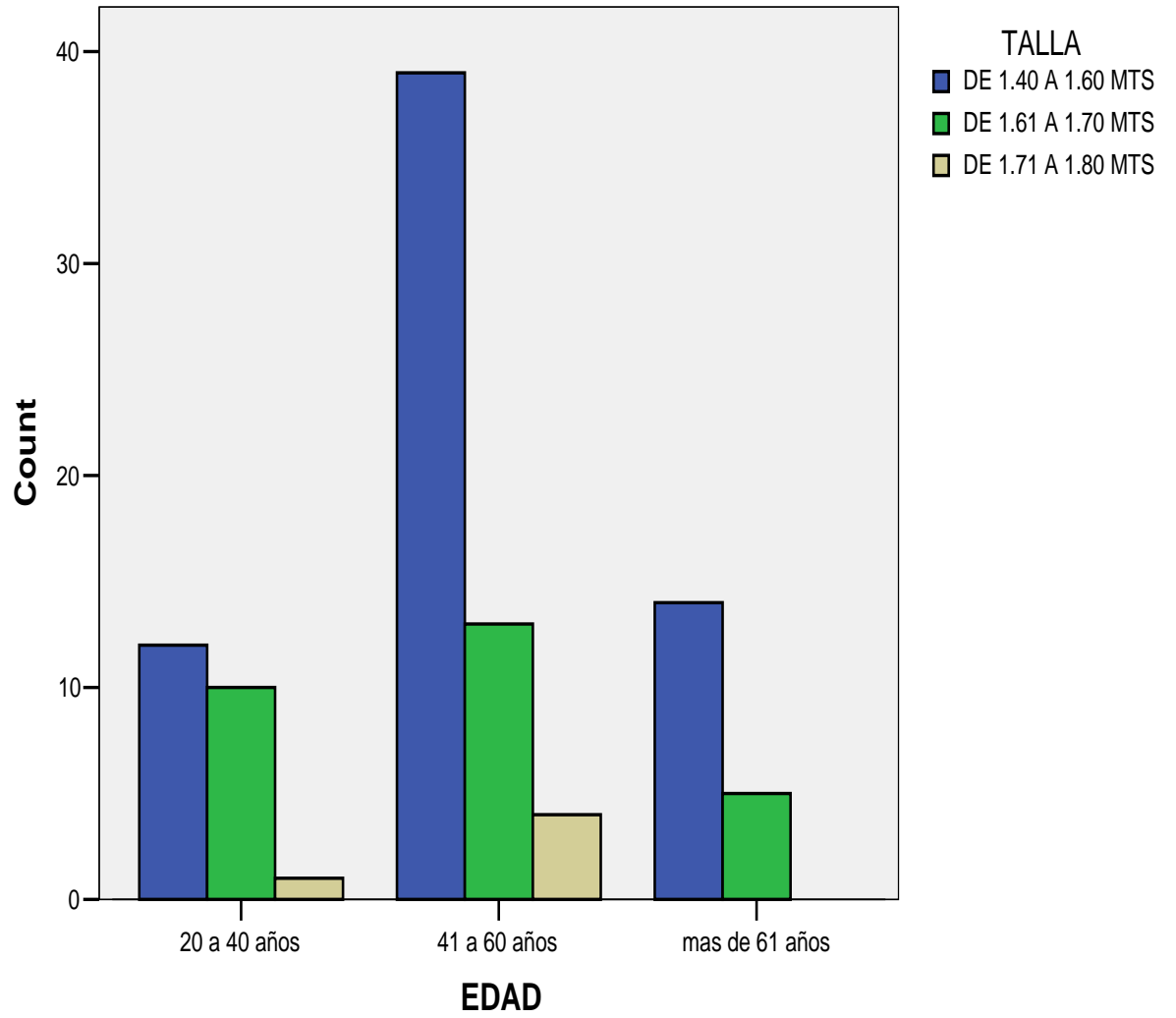


SE OBSERVO QUE PREDOMINO LA TALLA DE 1.40 A 1.60 CON 60.3%, DE 1.61 A 1.70 CON 28.6 % Y DE 1.71 A 1.80 CON 5.1%

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

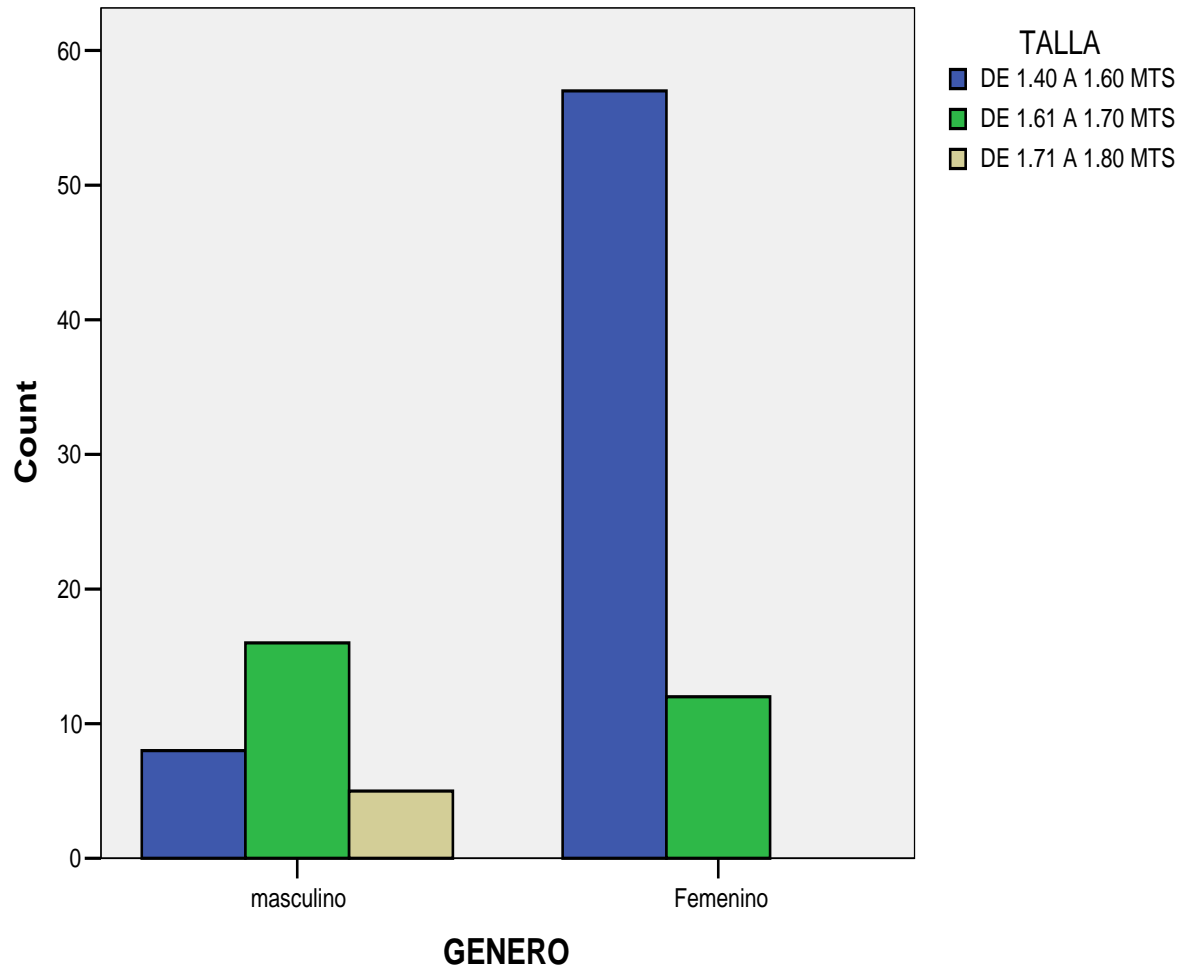
TALLA Y EDAD

Bar Chart

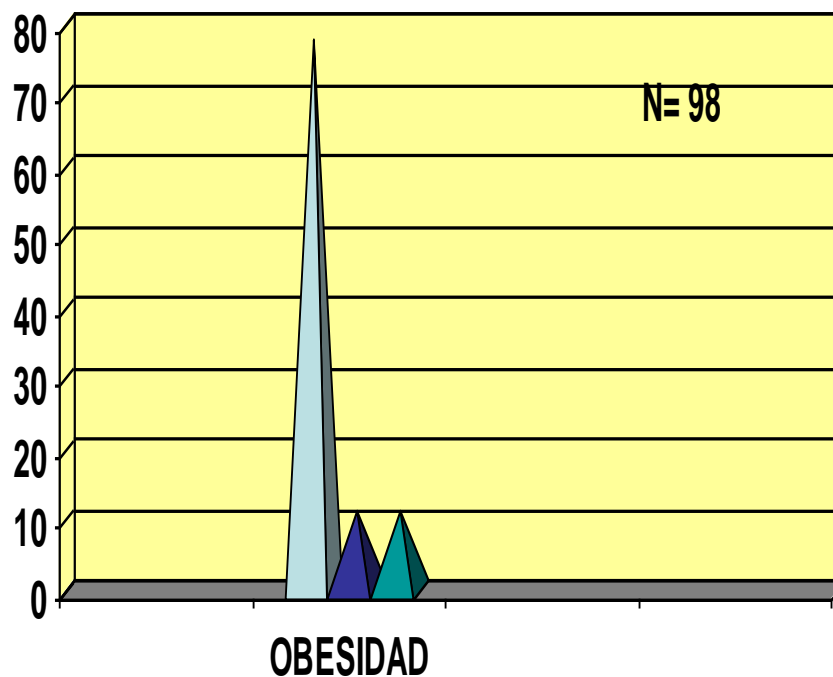


TALLA Y GENERO

Bar Chart



INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)



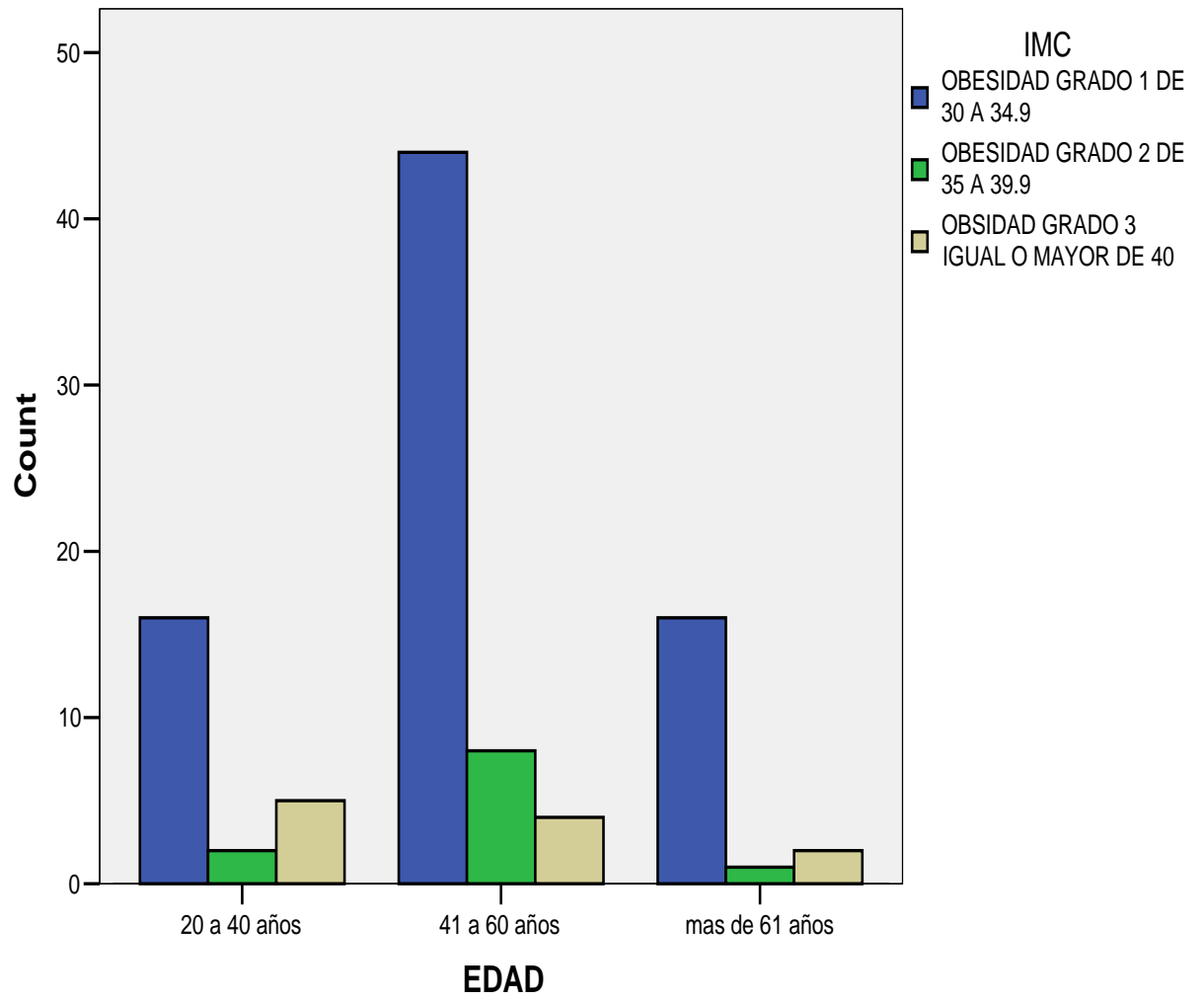
obesidad g1 obesidad g2 obesidad g3

DE ACUERDO AL IMC PREDOMINO LA OBESIDAD GRADO 1 CON 77.6%, Y LOS GRADOS 2 Y 3 CON 11.2%.

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

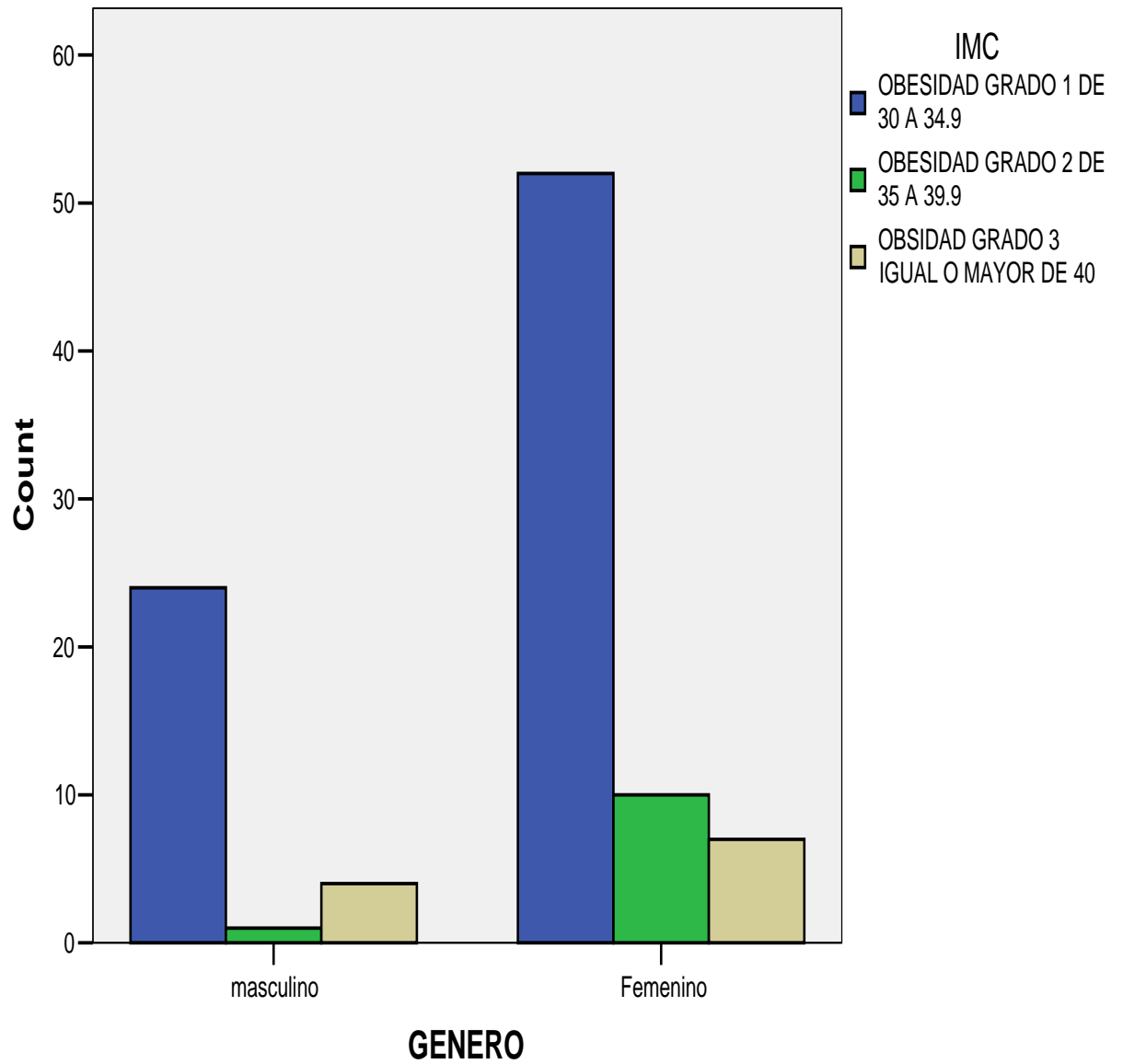
ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EDAD

Bar Chart



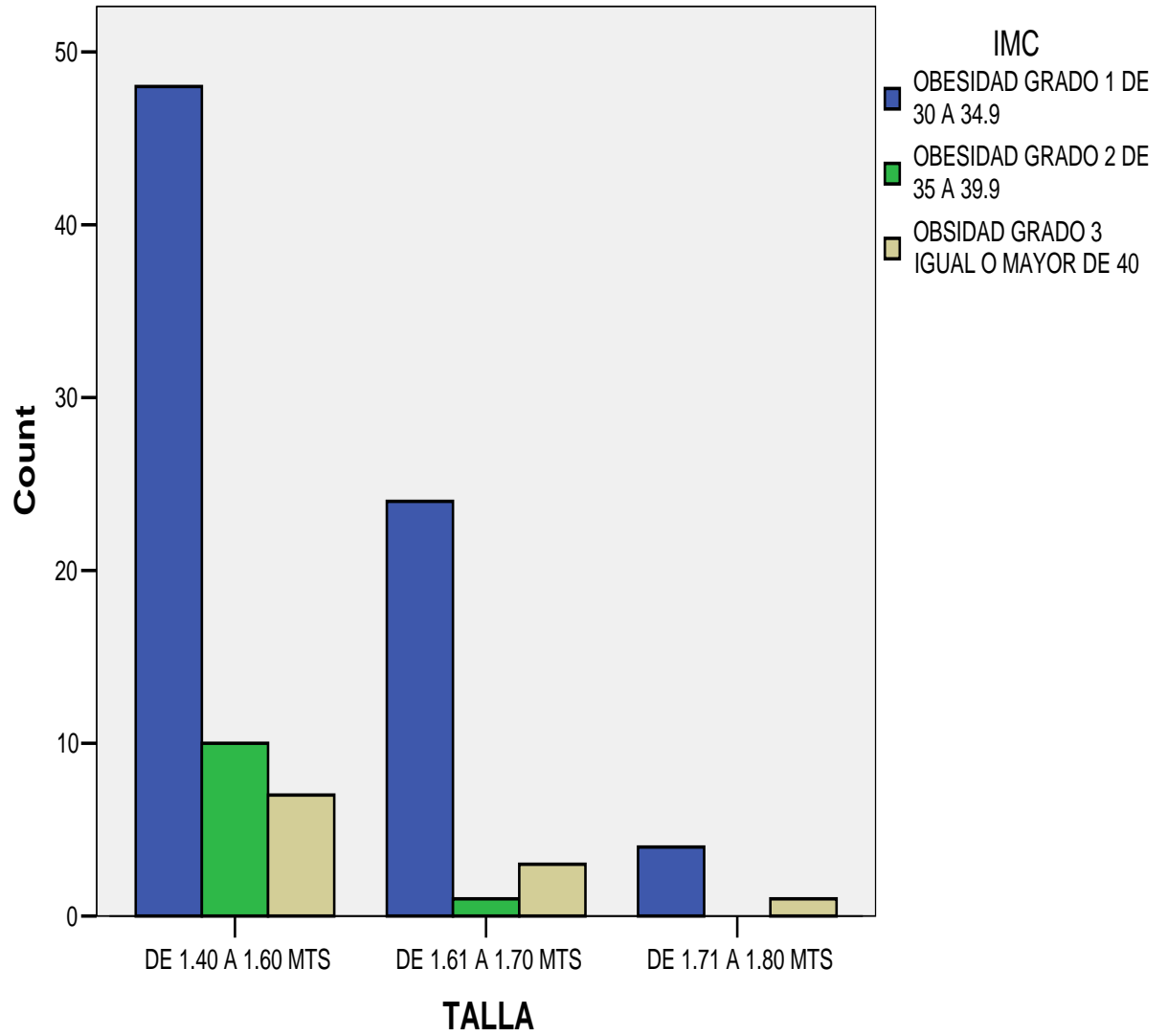
ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y GÉNERO

Bar Chart



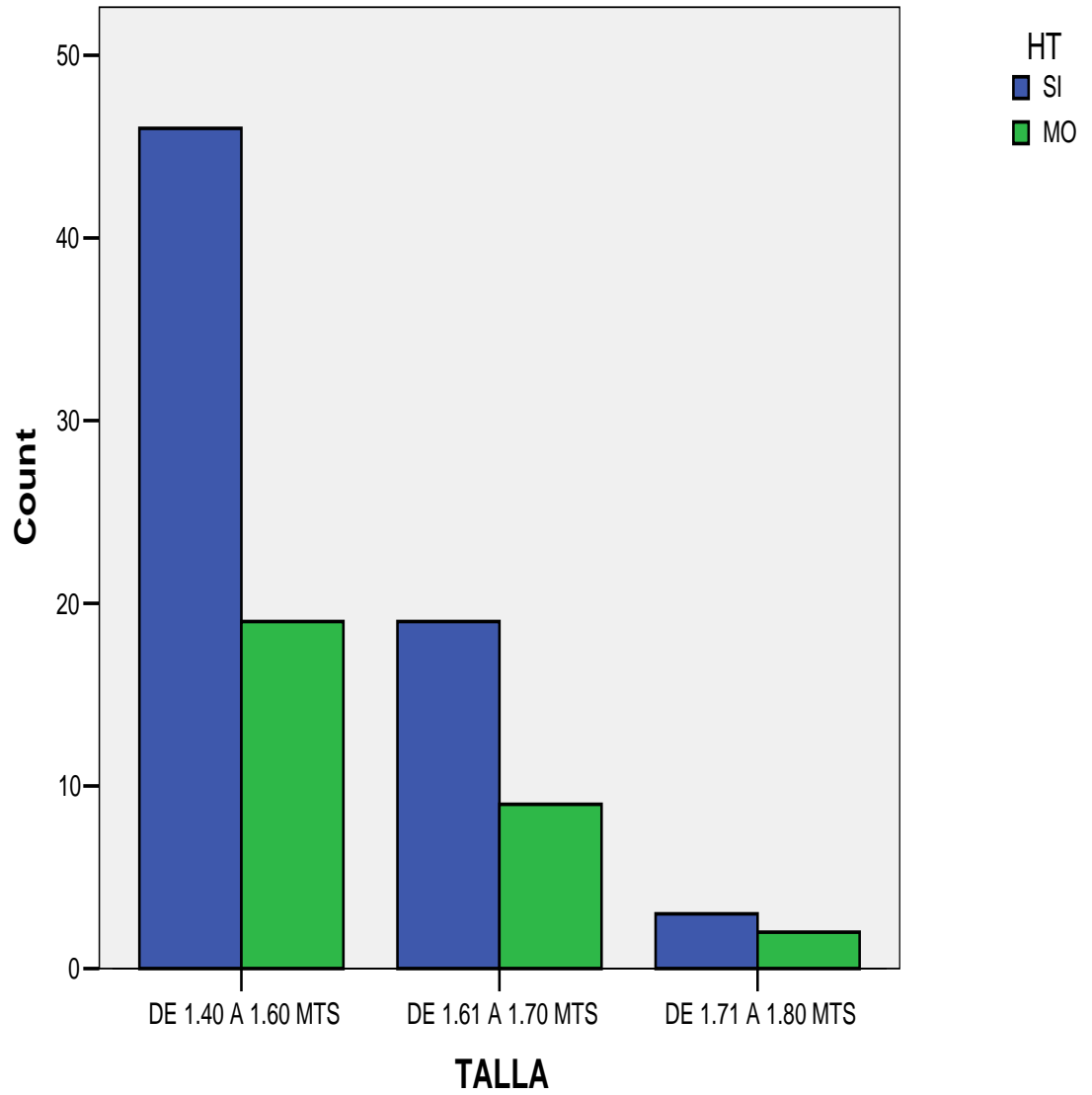
ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y TALLA

Bar Chart



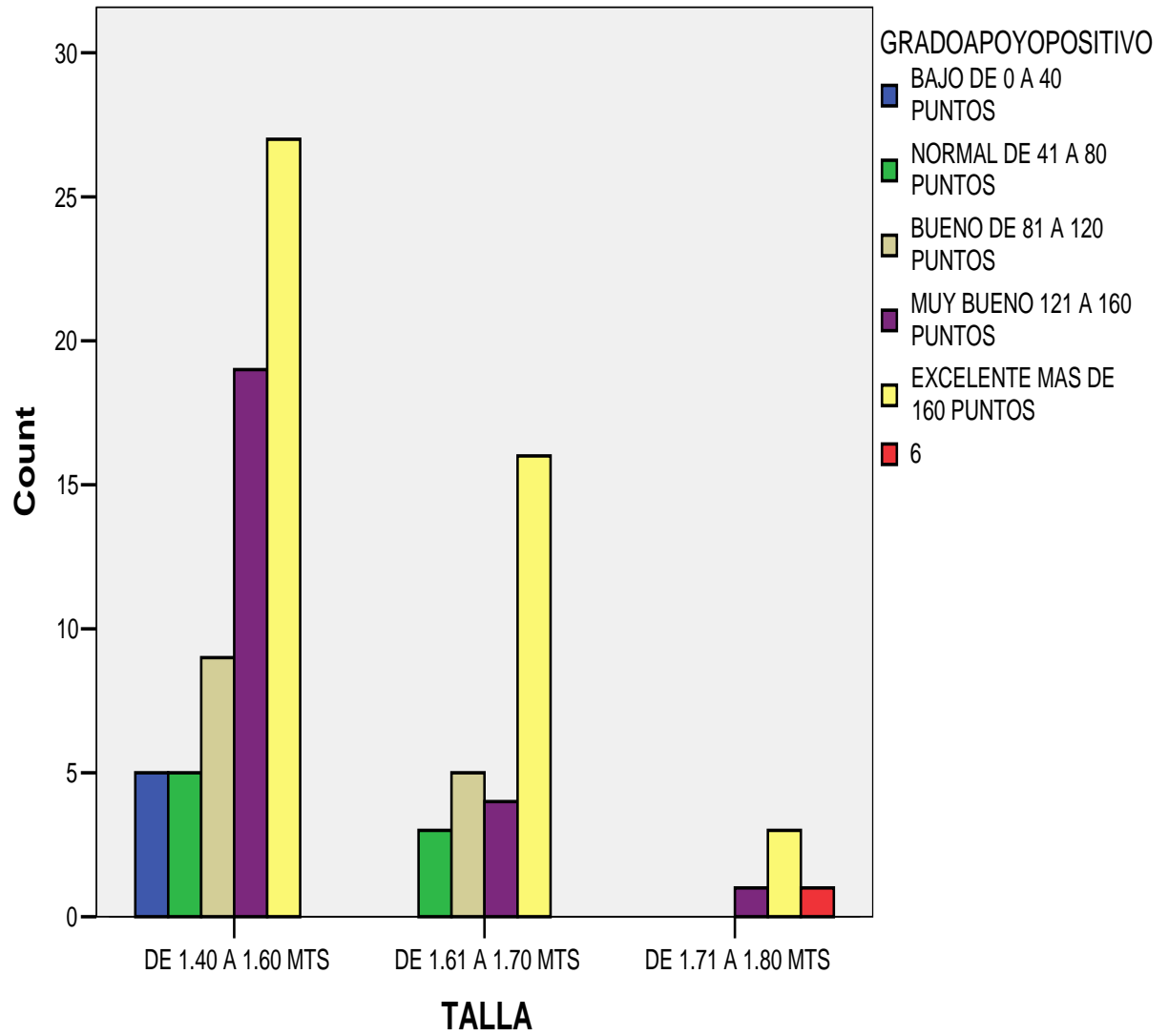
TALLA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Bar Chart



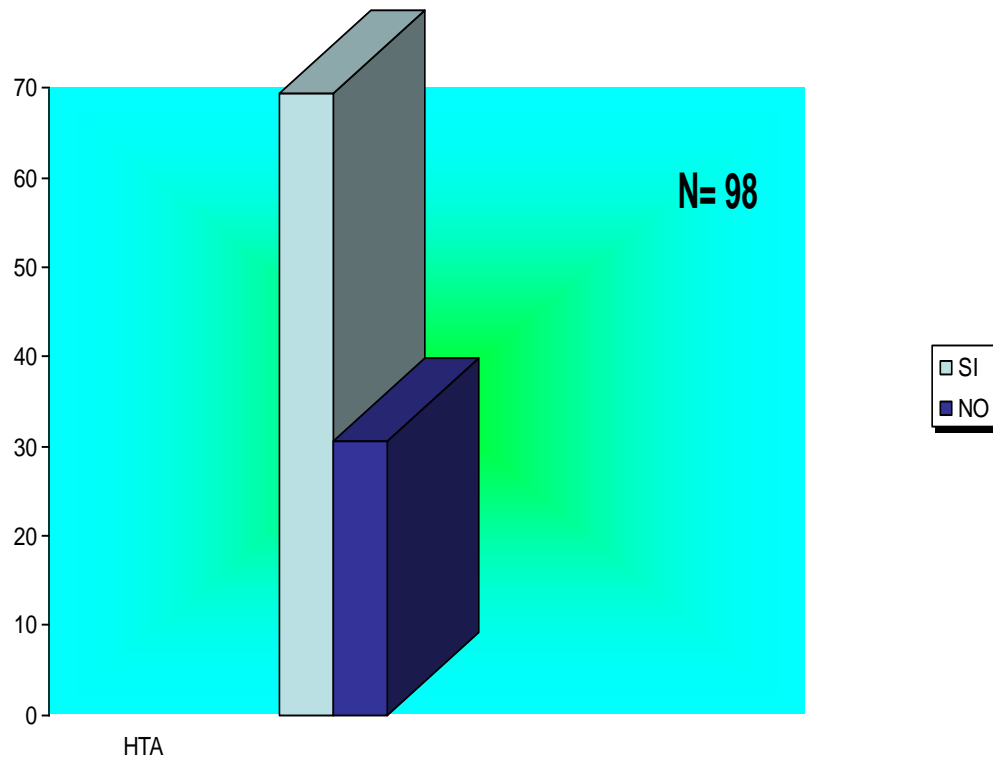
TALLA Y GRADO DE APOYO POSITIVO

Bar Chart



a

HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

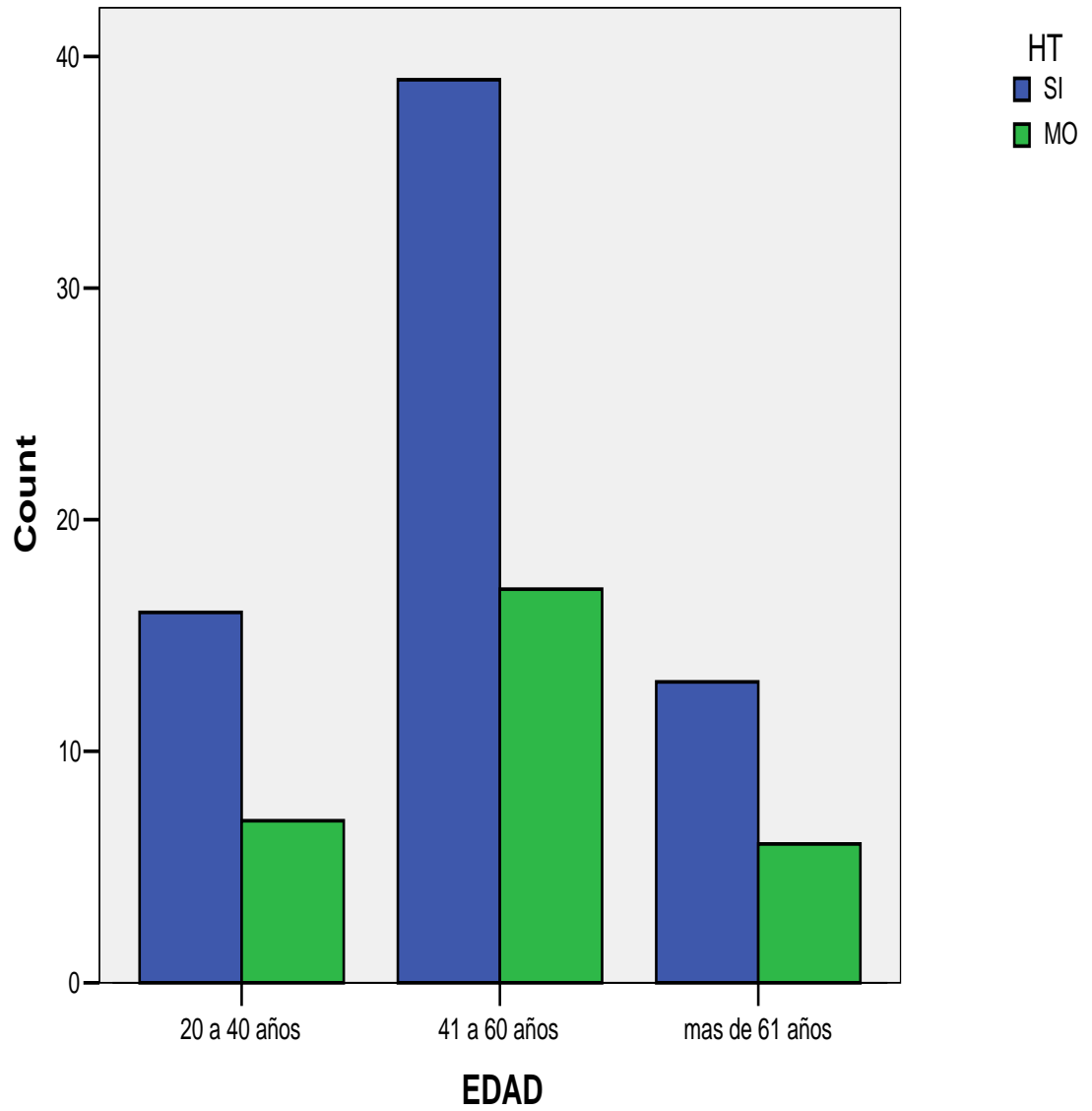


LOS PACIENTES QUE PRESENTARON HTA FUERON 69.4% Y LOS QUE PRESENTARON DIABETES MELLITUS TIPO 2 FUERON 30.6% DE UN TOTAL DE 98 PACIENTES.

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

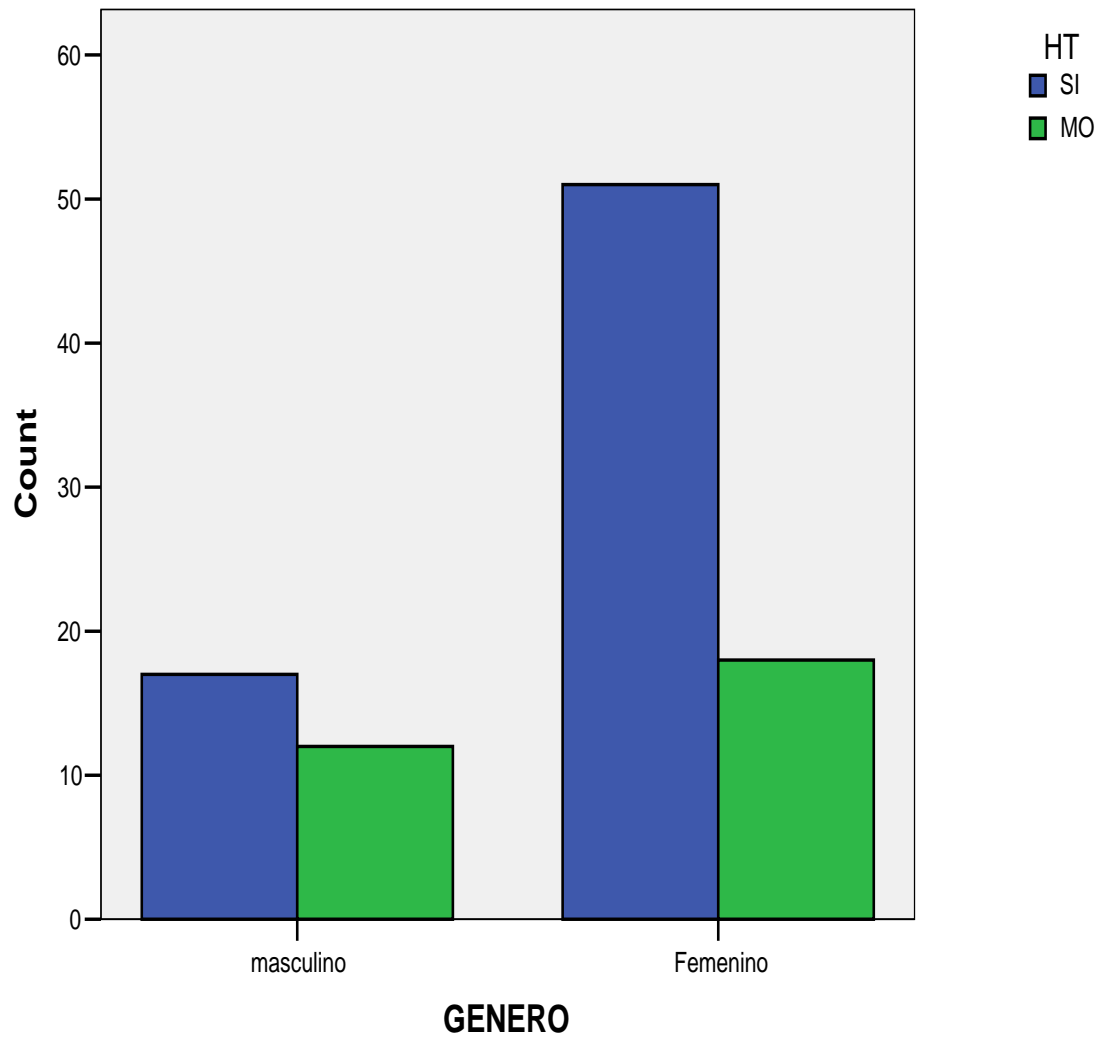
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EDAD

Bar Chart

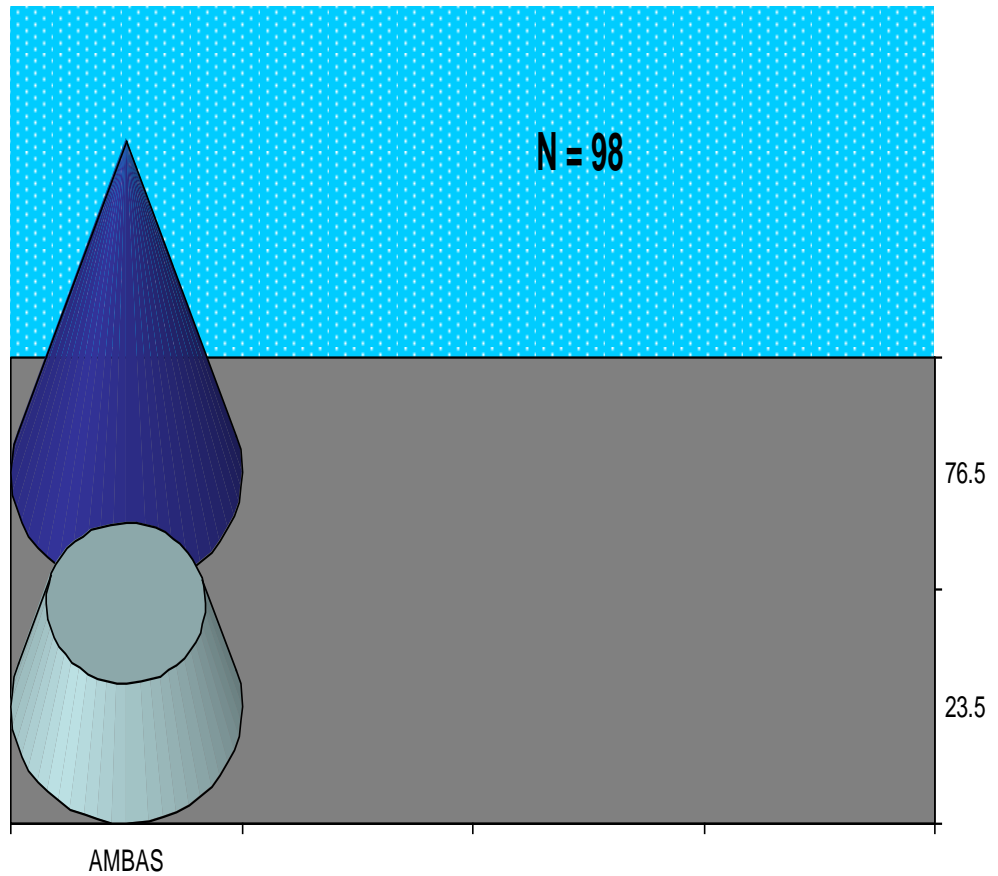


GÉNERO E HIPERTENSIÓN

Bar Chart



DMII MAS HTA

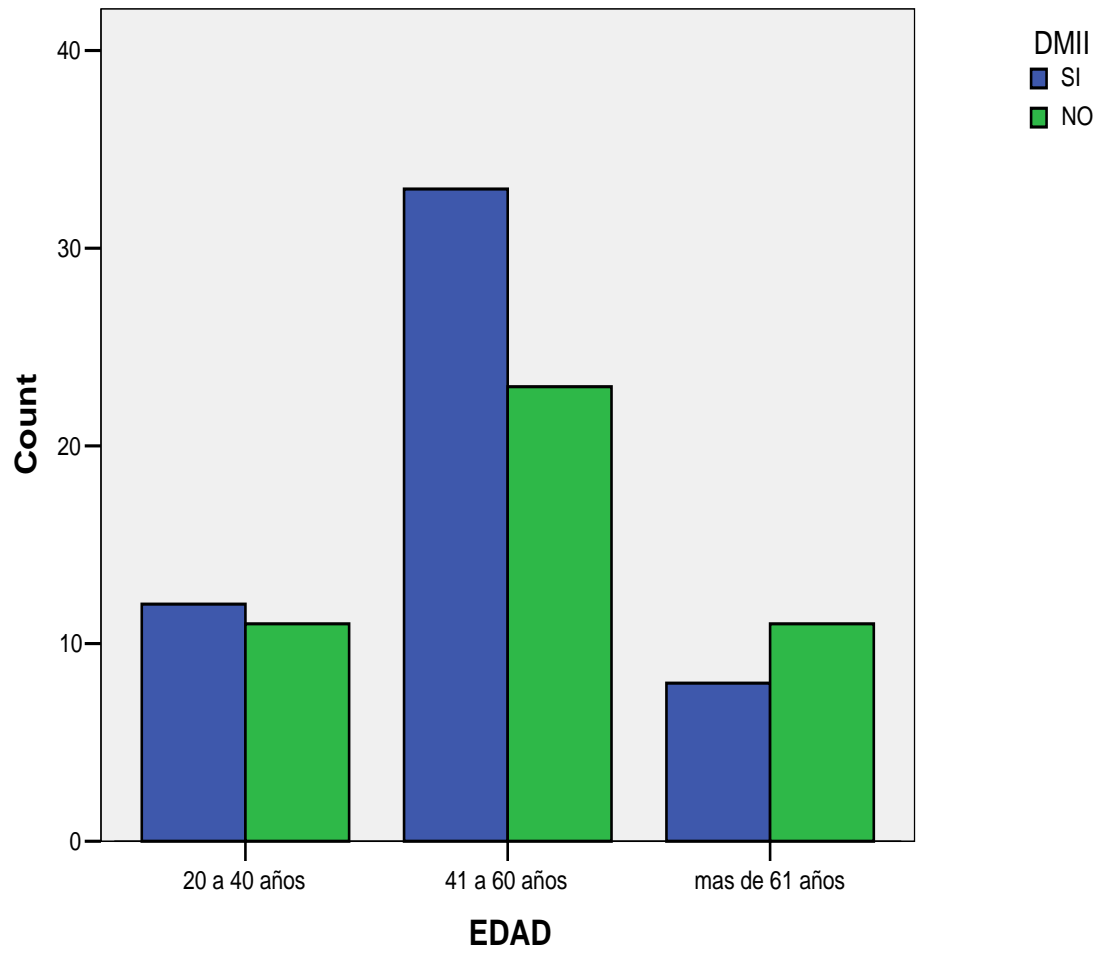


LOS PACIENTES QUE PRESENTARON AMBAS PATOLOGIAS FUE DE 23.5% Y LOS QUE NO FUERON 76.5% DE UN TOTAL DE 98 PACIENTES.

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

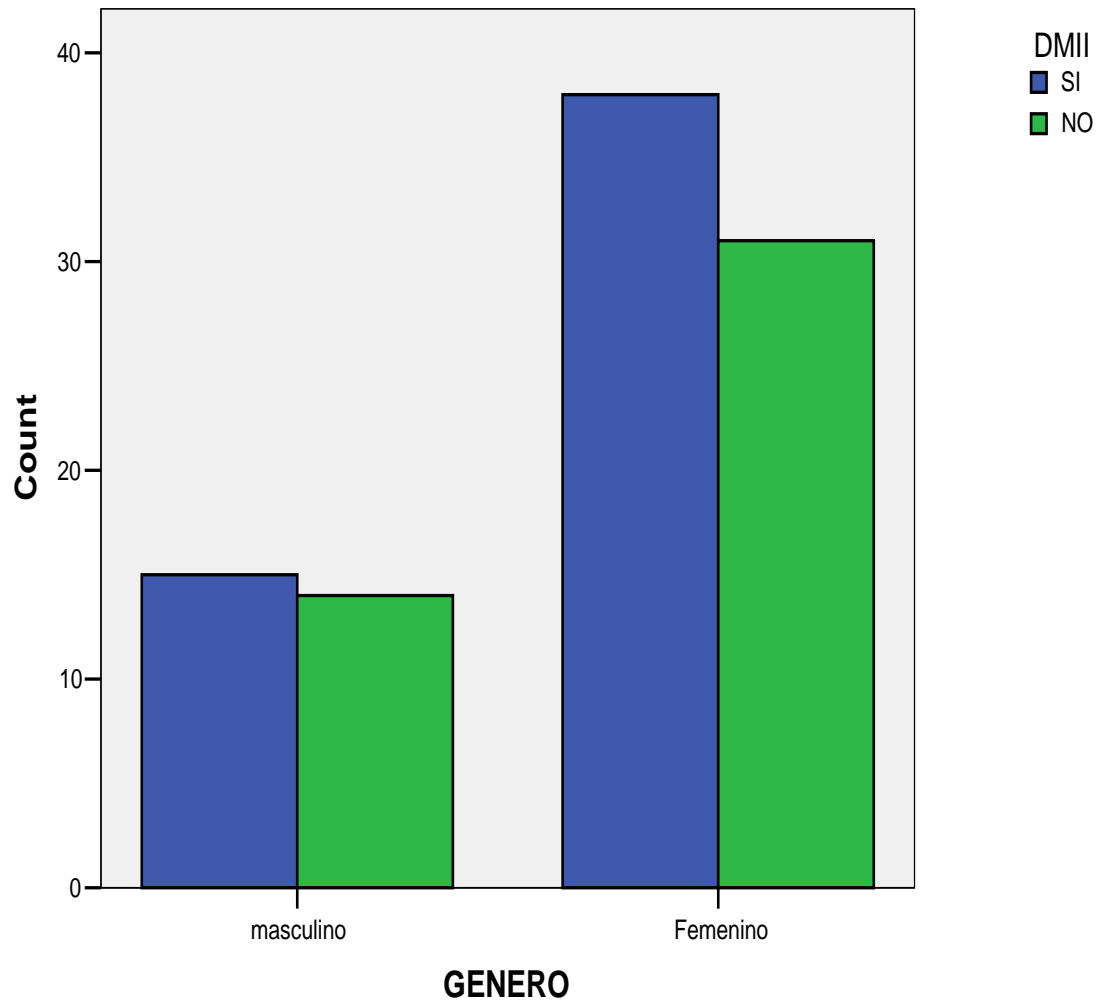
DIABETES MELLITUS II Y EDAD

Bar Chart



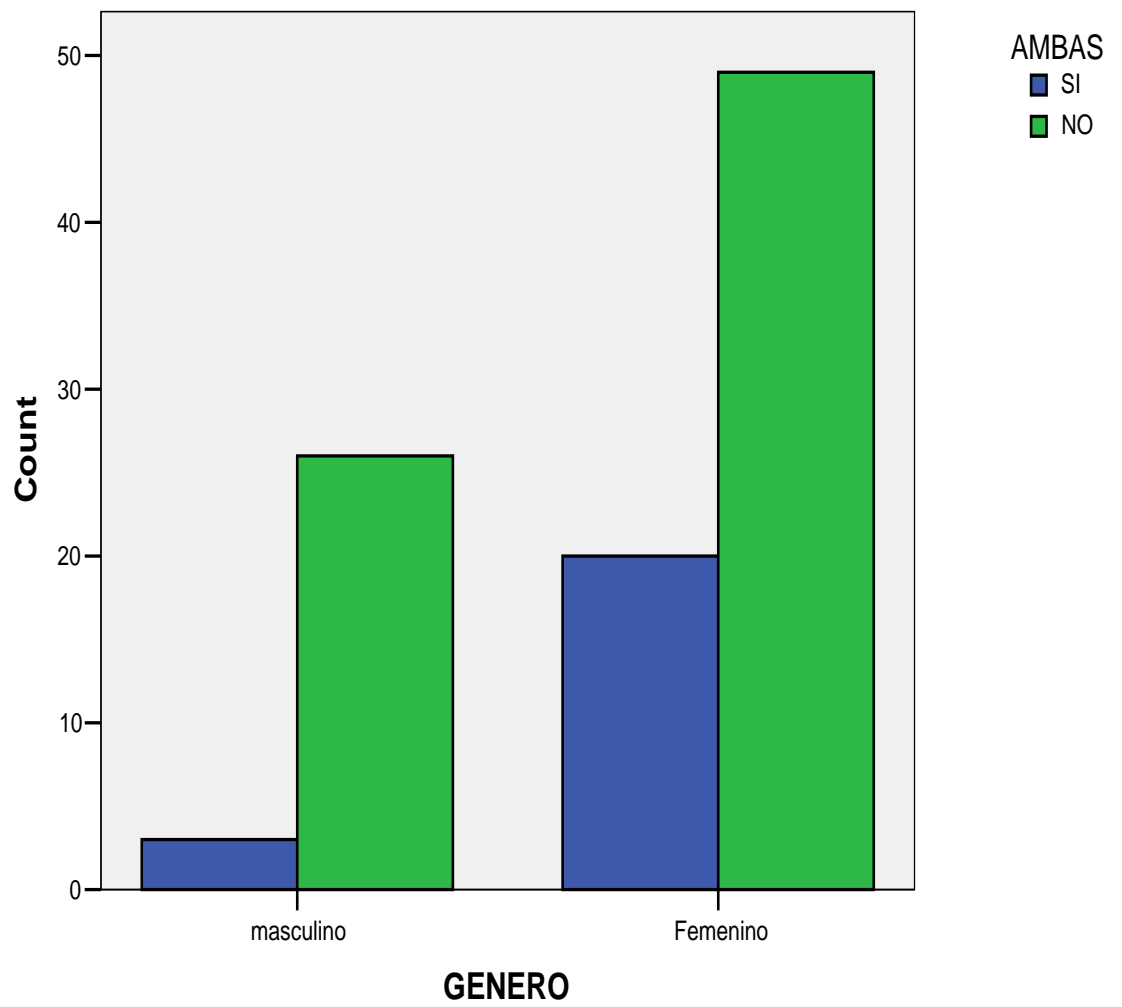
DIABETES MELLITUS II Y GÉNERO

Bar Chart

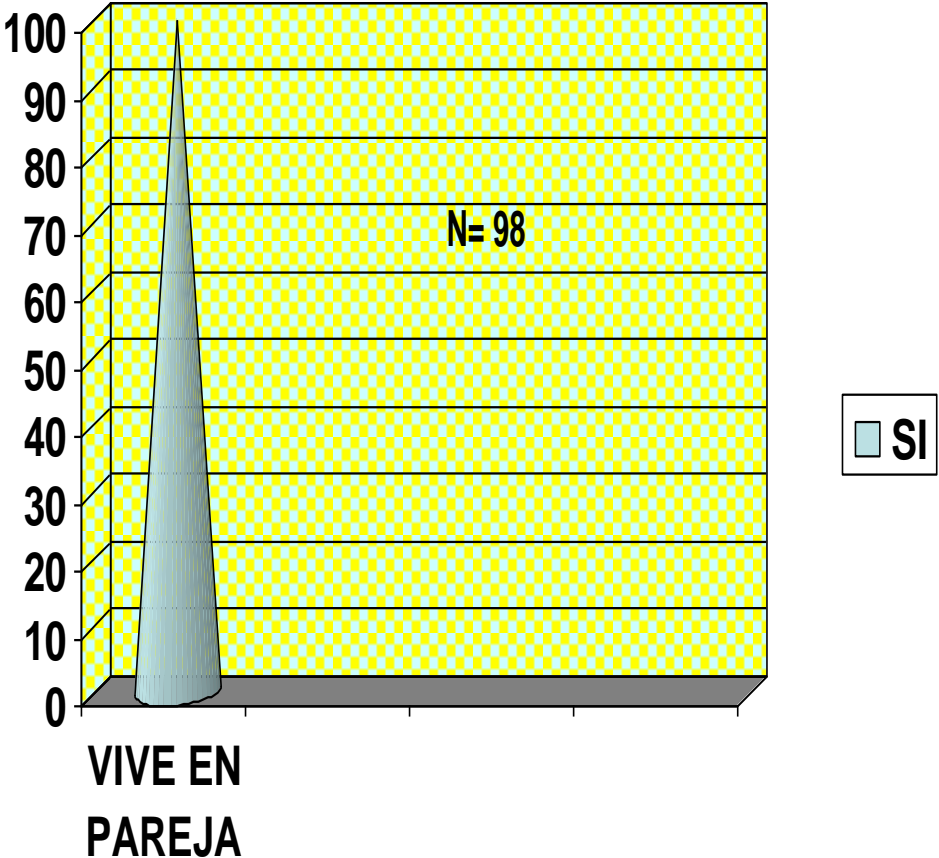


DIABETES E HIPERTENSIÓN Y GÉNERO

Bar Chart



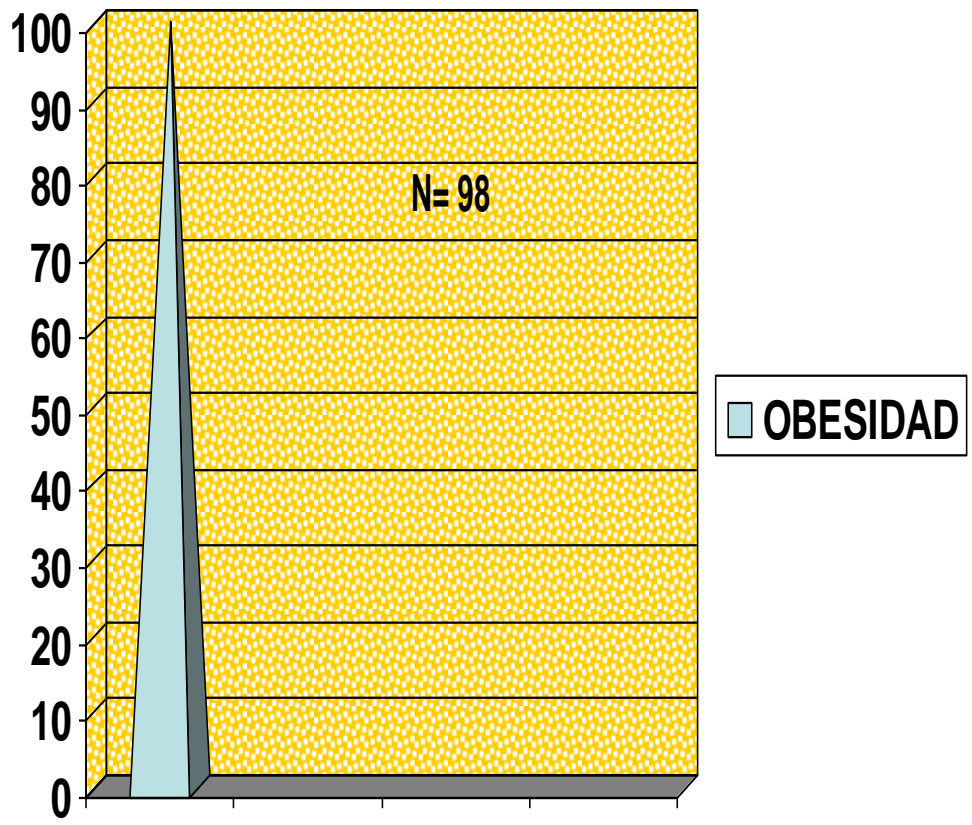
VIVE EN PAREJA



EL 100% DE PACIENTES CONVIVEN EN PAREJA.

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

OBESIDAD



EL TOTAL DE LOS PACIENTES PRESENTARON ALGUN GRADO DE OBESIDAD.

Fuente: Tipo de apoyo de pareja percibido por el Paciente obeso del grupo SOHDI de la UMF 49 de SLP.

RESULTADOS

Dentro de los tipos de apoyo en el presente trabajo, se obtuvieron los siguientes resultados; se demostró que hubo un predominio del apoyo positivo con un 64%, seguido del apoyo expresado con un 20% y posteriormente el apoyo negativo con un 14.6% de un total de 98 pacientes que contestaron adecuadamente los cuestionarios de acuerdo a los criterios de eliminación los cuales estaban incompletos o sin llenar.

Todos los pacientes encuestados manifiestan una tendencia a recibir un apoyo positivo. Sin embargo es importante remarcar que en los puntajes no es lo mismo la persona que recibe un apoyo positivo con un puntaje de 40 al que recibe un apoyo positivo con un puntaje de 180. En base a lo anterior se opto por estratificar el apoyo positivo en 4 estratos. Bajo (de 0 a 40 puntos), normal (de 41 a 80 puntos), bueno (de 81 a 120 puntos), muy bueno (de 121 a 160 puntos) y excelente (de más de 160 puntos). Esta especificación nos permitirá determinar de una mejor manera la diferencia de los pacientes que reciben este apoyo y coadyuvarán de una mejor manera al cruzar las variables.

Cabe hacer notar que el 46% de los pacientes obtuvieron una puntuación de más de 120 puntos. Y que el 26% del total de la muestra recibe un excelente apoyo positivo pues cuentan con más de 160 puntos también.

En cuanto al género prevaleció el femenino con un 70.4% y el masculino con 29.6%. En ambos géneros se observa que la mayoría presenta entre 41 y 60 años. Así mismo, se ve que las mujeres en los tres rangos edad presentan mayoría siendo muy visible en el rango de 41 a 60 también.

Al cruzar el apoyo positivo con el género se observa la misma tendencia en ambos géneros en lo general. Pero se encuentra una marcada diferencia en lo

específico ya que solamente el 3% de los hombres recibió una puntuación menor a 80. Mientras que en contraparte el 18% de las mujeres obtuvieron puntuación por debajo de los 80 puntos. Si se prosigue en la misma escala se tiene que el 17% de los hombres obtuvo puntaje por debajo de los 120 puntos y las mujeres presentan un 31% en el mismo puntaje. Esta tendencia no se revierte y en la puntuación más alta (más de 160 puntos de apoyo positivo) se contempla que los varones observan el 55% en este rubro mientras que las damas solo el 43% de ellas tiene dicho puntaje.

La relación entre el apoyo positivo y la diabetes, hipertensión y ambas enfermedades presenta patrones muy similares en las tres variantes. De los pacientes que padecen DMII se observa que la mayoría recibe mucho apoyo ya que el 73% de los mismos obtuvieron más de 121 puntos. Por su parte de los pacientes que padecen hipertensión el 69% de ellos obtuvo más de 121 puntos en el cuestionario. Por último, al cruzar el apoyo positivo con los pacientes que presentan ambos males se deduce que el 56% de ellos también obtuvieron mas de 121 puntos en su encuesta.

La talla que predominó fue la encontrada entre 1.40mt a 1.60mt. En este rubro los pacientes entre 41 y 60 años de edad representan la mayoría con un 40% de la muestra con esta talla. En relación a la talla y el género se observa la media nacional pues la mayoría de las mujeres tienen entre 1.40 y 1.60 de estatura. Mientras que en el lado de los hombres la mayoría está entre 1.61 y 1.70mts.

Respecto a la talla resalta el hecho de que los encuestados de talla 1.40 a 1.60 tienden a manifestar una mayor obesidad en todos los grados. En comparación con las demás tallas. Una tendencia similar y que llama la atención es la relacionada con la hipertensión ya que es igual de marcada la tendencia y frecuencia de hipertensión en la misma talla que la obesidad. Siguiendo con la

misma directriz el 18% del total de los encuestados presentan tanto la diabetes como la hipertensión al mismo tiempo y se encuentran en el mismo rango de talla, es decir de 1.40 a 1.60.

Se observa un aspecto muy peculiar respecto a la talla y el apoyo positivo. Pues los pacientes con talla de 1.40 a 1.60 aparte de abarcar la mayoría de los encuestados presentan una tendencia afirmativa al alza; de un 7% en los menores a 40 puntos hasta un 41% en los que obtuvieron más de 160 puntos.

De acuerdo al índice de masa corporal predominó la obesidad grado 1 con 77.6% y los grados 2 y 3 con 11.2% respectivamente. Llama la atención que el 56% del total de los pacientes con obesidad en cualquier grado están ubicados entre los 41 a 60 años.

De la presente investigación se rescata el dato de que los hombres presentan un mayor porcentaje en la obesidad número 1 con el 82% en contra del 75% de las mujeres. Pero en el nivel de obesidad 2 las mujeres sobrepasan en mucho a los hombres. En la obesidad grado 2 los hombres solo representan el 3% de los mismos y las mujeres fue el 14%. En el grado 3 se revierten otra vez los datos, los hombres acumulan el 13% y las mujeres el 10%.

Los pacientes que padecieron hipertensión arterial de la muestra representan el 69.4%. De los cuales el 39% tienen entre 41 y 60 años de edad. Le sigue el grupo más joven con un 16% y finalmente el grupo de más de 61 años con un 13 % solamente.

En relación a la hipertensión y el género cabe hacer mención que si existe una muy marcada diferencia entre hombres y mujeres. Ello se debe a que el 73% de las mujeres tienen hipertensión. Por su parte de los hombres el 58% de ellos padecen de presión arterial alta.

Aquellos que presentaron diabetes mellitus tipo 2 representan el 54.1%. Una vez más se repite la situación anterior en el mismo orden donde los pacientes con DMII se concentran en su mayoría en el rango de los 41 a 60 años abarcando el 34% de la muestra. Le siguen el grupo de 20 a 41 con un 12% y por último el grupo de los mayores con un 8%. En relación al género y la presencia de este mal y a pesar de la diferencia en la cantidad de hombres y mujeres se ve que las mujeres tienen más frecuente esta enfermedad ya que el 55% de las mujeres la tienen y los hombres solo el 51% la padecen.

Los pacientes que presentaron ambos padecimientos la diabetes mellitas tipo 2 e hipertensión arterial fueron 23.5%. Aquí se reproduce la misma tendencia de la obesidad, hipertensión y diabetes; ya que el grupo de 41 a 60 años conlleva la mayoría de estos pacientes seguido por los más jóvenes y los mayores de 60 años después. Sin embargo al igual que en la hipertensión también existe una diferencia, esta vez más marcada, entre hombres y mujeres respecto al padecimiento de ambos males. Ya que el 29% de las damas tienen ambos problemas en contra del 10% de los varones solamente.

El 100% viven en pareja y el 100% presentaron algún grado de obesidad. Por lo que estas variables por si solas no arrojan datos útiles al presente proyecto.

DISCUSION

En este estudio se demostró que en los pacientes obesos que conviven en pareja del grupo SOHDI de la UMF 49 DE San Luis Potosí predomina dentro de los tres tipos de apoyo el apoyo positivo, seguido del apoyo expresado y del apoyo negativo, con esto se determina la pregunta de investigación. Esto constata las estadísticas estatales donde se demuestra que más del 65% de la población tiene sobrepeso y una tercera parte de los habitantes manifiesta obesidad abdominal ¹⁹.

Este tipo de apoyo es sin duda el más importante para sobrellevar este tipo de enfermedades cronicodegenerativas en las parejas, incluso mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Del total de pacientes encuestados se presenta el dato de que el 72% de ellos sobrepaso los 120 puntos de apoyo positivo. Eso sin duda manifiesta aparte de un apoyo de pareja, una fuerte cohesión hacia el núcleo familiar. Este dato es bueno para el tratamiento integral de los pacientes pues como se explico antes el apoyo de la pareja es un fuerte complemento para el tratamiento de los pacientes y en la comunidad donde se llevo este estudio se demuestra que si hay un apoyo para estos pacientes ³⁸.

De los objetivos específicos de este trabajo respecto a la percepción de apoyo de la pareja se ve que si hay factores que inciden en dicha percepción. El más importante de ellos, presente en este proyecto, es el hecho de que los hombres perciben un apoyo más significativo que las mujeres. Esto puede deberse a muchos factores; desde vivir en un concepto "machista" donde la mujer apoya y atiende al hombre hasta una visión centrada en la mujer moderna: en la que la mujer no necesita el mismo apoyo. Independientemente de la causa este dato nos da mucha luz a los médicos familiares y en especial a quienes están a cargo de este tipo de grupos de apoyo. Pues muchas veces solo aplicamos un cuestionario y vemos que tiene tendencia a un apoyo positivo de su pareja, pero

no sabemos a ciencia cierta si es total o no.

Con lo anterior las políticas y programas de apoyo a este tipo de pacientes abren una nueva perspectiva a los profesionales de la salud y se pueden enfocar un poco más a atender a las mujeres en especial quienes manifiestan un apoyo con bajo puntaje.

Otro rubro que emana de esta investigación es lo referente a la similitud entre el apoyo recibido y los padecimientos por separado y en conjunto de los pacientes de la clínica. Pero a pesar de la similitud se observa un mayor apoyo a los pacientes que padecen DMII en comparación con los de hipertensión o ambas. Al respecto cabe hacer las siguientes preguntas. Con esta información emanada del presente estudio se demuestra la importancia y el apoyo que en lo general la DMII tiene con respecto a otros padecimientos ^{41, 42, 43}, empero se presentan las siguientes cuestiones: ¿Acaso los que padecen diabetes y reciben más apoyo se debe a la cada vez mayor conciencia y conocimiento de la enfermedad? ¿O se debe a que existen más diabéticos que hipertensos? ¿Por qué si por separado tienen muy buen apoyo, juntos los padecimientos el apoyo baja? Estas preguntas emanan de los resultados presentados y quedan para futuros estudios su probable respuesta.

Uno de los aspectos a revisar en este trabajo fue la talla. Y se observa que si existe una disposición de los pacientes entre el 1.40 y 1.60 de estatura a manifestar una predisposición a la obesidad cada vez más recurrente. Y a su vez este mismo rango es factor de presencia de diabetes e hipertensión arterial. Con ello en mente se puede redirigir las campañas de prevención y de apoyo a los pacientes en la adscripción enfocándose a estos pacientes en especial.

Se remarca el hecho de que en los grados de obesidad las mujeres presentan una mayor disposición y tendencia hacia los grados 2 y 3 y los hombres

presentaron mayor frecuencia en el grado 1. No se presenta evidencia sobre este dato y dicha diferencia. Este dato resulta concorde a las estadísticas oficiales donde las mujeres tienen una mayor tasa de incidencia respecto a los hombres, solo que en este trabajo se ve que el género si representa una marcada diferencia y en los datos oficiales la diferencia es de menos del 3%. Ello indica que en este ámbito o comunidad por alguna razón las mujeres presentan mucha más diferencia que el promedio estatal; por ello valdría hacer la siguiente pregunta: ¿Qué factores inciden en la comunidad para detonar un mayor sobrepeso en las mujeres por encima de la media estatal? Lo que se puede inferir es que los hombres realizan más trabajo físico que las mujeres, pero para ello se sugiere en futuras investigaciones que se anexe otra variable para determinar posibles causas ³.

Otro factor que se tomo en cuenta es la edad y la mayoría de los pacientes con problemas oscilan entre los 41 y 60 años. Esto representa un grave riesgo pues en su totalidad representan tanto el sostén de una casa como fuerza productiva de la sociedad. Como médicos familiares y autoridades de salud podemos enfocarnos más en este grupo edad. Y si al mismo tiempo cruzamos este grupo edad con el grupo con el grupo de mayor frecuencia de talla podemos desde nuestro consultorio comenzar a prestar atención y al mismo tiempo comenzar una prevención en estos pacientes.

Desgraciadamente no hay en la literatura estudios semejantes en este tipo de pacientes para ofrecer una comparación adecuada, puesto que los hay en adolescentes embarazadas y en pacientes con insuficiencia renal, o en diferentes redes sociales de apoyo.

El resto de los resultados sociodemográficos también pueden ser de utilidad para una mejor orientación de los pacientes en la recuperación de sus enfermedades en los grupos más comunes encontrados.

CONCLUSION

Es de gran relevancia conocer el tipo de apoyo de pareja que se percibe en los pacientes obesos ya que podría incidir en la evolución de estas tres enfermedades que son actualmente un gran problema de salud pública, puesto que nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad a nivel mundial, y es necesario abordarlos con mas estudios orientados hacia ellos para proponer medidas estratégicas para que los pacientes obesos alcancen su peso ideal, y los pacientes con diabetes tipo 2 y con hipertensión arterial mejoren la evolución de sus enfermedades haciendo hincapié en que pueden mejorar con el apoyo positivo brindado por sus parejas.

De la presente investigación se concluye que el tipo de apoyo que reciben los pacientes de su pareja es positivo. Así mismo se determina que son los hombres los que reciben más apoyo en comparación a las mujeres. Se indica también en este trabajo que el apoyo recibido de su pareja es mayor en quienes padecen diabetes mellitus II, siguiéndole de cerca los que tienen hipertensión arterial. Pero para aquellos pacientes que padecen ambos males el apoyo percibido de la pareja baja.

También se determina que existe una fuerte relación entre la talla de 1.40 a 1.60 de los pacientes y la presencia de los males anteriormente descritos. Y que son las mujeres quienes más padecen la obesidad de grados 2 y 3.

Los datos emanados de este proyecto de investigación se presentarán a las autoridades de la adscripción para su valoración esperando sean de utilidad en sus diferentes áreas para con ello coadyuvar en el diseño de campañas y políticas de atención a los pacientes en consultorios familiares y en los diferentes programas de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 311. 2009.
- 2.- Barquera S, Director del Área de Epidemiología Nutricional del Instituto Nacional de Salud Publica. <http://www.insp.mx>. Consultado 28/09/2009.
- 3.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, San Luis Potosí. Internet Instituto Nacional de Salud Publica. Consultada en junio 2010. Edición 2007.
- 4.- Alonso A.A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Androl. 2007; 5:22-8.
- 5.- Ledon L.I.L, Agramonte M. A, Chirinos C.J.L; Mendoza M.T; Fabre R.B; Hernández Y.J; Hidalgo S.M. Experiencia Sexual de mujeres y varones que viven con enfermedades endocrinas. Rev Int Androl 2006;4:60-9.
- 6.- Norma Oficial Mexicana NOM -174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. Página COFEPRIS (Comisión Federal para Protección de Riesgos Sanitarios consultada en 2010. Revisión 2009.
- 7.- Alonso A.A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Androl. 2005;5:22-8.
- 8.- De Pablo-Velasco P.L; Buño M; Pertega S; Martínez-Olmo M; Vidal O. Prevalencia del síndrome metabólico en una población con sobrepeso y obesidad. Endocrinol Nutr. 2005; 52: 391-8.

- 9.- Pereira Junill J.L, Astorga Jiménez R. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev Clin Esp. 2005; 205: 175-7.
- 10.- Gargallo-Fernández M. Riesgo oncológico en la obesidad. Med Clin (Barc). 2006;126:270-6.
- 11.- Sánchez C, Sánchez C, Martínez T, Martínez P, Moreno A, Santiago P. Educación para la salud: un instrumento eficaz para la reducción de peso. Endocrinol Nutr. 2006; 53: 489-92.
- 12.- Palacios-Rodríguez RG, Munguía-Miranda C, Ávila-Leyva A. Sobrepeso y obesidad en personal de una unidad de medicina familiar. Rev Med Ins Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 449-453.
- 13.- Larrañaga A, García-Mayor R. Tratamiento psicológico de la obesidad. Med Clin (Barc). 2007; 129: 387-91.
- 14.- Castro-Rodríguez J. Relación entre obesidad y asma. Arch Bronconeumol. 2007; 43:171-5.
- 15.- De Pablos-velasco P.L; Martínez M.F. Significado clínico de la obesidad abdominal. Endocrinol Nutr. 2007; 54; 265-71.
- 16.- Costa-Requena G, Salamero M, Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. Med Clin (Barc). 2007; 128: 687-91.
- 17.- Sandoval L, Ceballos I, Escalante S, Pérez H, Hernández V. La asistencia a los grupos de apoyo para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 como ayuda para el control de su glucemia. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22: 94-97.

- 18.- Rodríguez S, Belén M, Martínez-Pineiro Muñoz L, Carraro Casieri R. Nutrigenómica, obesidad y salud pública. Rev. Esp. Salud Pública. (on line). 2007, vol 8, n.5,pp. ISSN 11355727.
- 19.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.Resultados por entidad federativa, San Luis Potosí. Edición 2007.
- 20.- De Pablos-velasco P.L; Martínez M.F. Significado clínico de la obesidad abdominal. Endocrinol Nutr. 2007; 54; 265-71.
- 21.- Corrales Hernández JJ. Déficit androgénico y síndrome metabólico. Rev Int Androl. 2007;5:241-7.
- 22.- Velasco Campos ML, Luna Portilla M del R, Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja. 2007.
- 23.- Velasco Campos ML, Luna Portilla M del R, Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja. 2007.
- 24.- Salvador J; Silva C; Pujante P; Fruhbec G. Obesidad abdominal: un estandarte del riesgo metabólico. Endocrinol Nutr 2008;55:420-32.
- 25.- Morales E; Praga M. Relación entre obesidad y desarrollo de insuficiencia renal. Hipertensión 2008; 25:61-9.
- 26.-Plazaola-Castaño J; Ruiz-Pérez I; Montero-Piñar M.I. Grupo de Estudio para la violencia de género c. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit. 2008; 22: 527-33.

- 27.- Salvador J; Silva C; Pujante P; Fruhbec G. Obesidad abdominal: un estandarte del riesgo metabólico. *Endocrinol Nutr* 2008;55:420-32.
- 28.- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 311, 2009. Pàgina [http//OMS.ORG/](http://OMS.ORG/). Consultada en Septiembre 2010.
- 29.- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 311, 2009. Pàgina [http//OMS.ORG/](http://OMS.ORG/). Consultada en Septiembre 2010.
- 30.- Barquera S, Director del Área de Epidemiología Nutricional del Instituto Nacional de Salud Publica. <http://www.insp.mx>. Consultado 28/09/2009.
- 31.- Hernández- Torres I, Fernández Ortega M, Irigoyen Coria A, Hernández Hernández A. Importancia de la Comunicación Médico-paciente en Medicina Familiar. Vol. 8 (2) 137-143.2006.
- 32.- Mendoza Solís A, Soler Huerta E, Saínez Vasquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez H, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos de Medicina Familiar*. Vol. 8 (1) 27-32 2006.
- 33.- Manzanera-Escareti A, Ibáñez-Tarin B, Scoufalos C, Arbesú-Prieto D. Terapéutica en atención primaria. Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. *Semergen* (33): 425-9 2007.
- 34.- Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 33-43.
- 35.- Corio Andujar A, Vidal Cortada B, Rodríguez de Cossio C, Rodríguez Sánchez D, Arbonés Fincias E, Alonso moreno F. Opinión y motivación del

médico de Atención Primaria sobre la obesidad y el sobrepeso. Semergen 35(10). 498-504. 2009.

36.- Juárez RC, Valdez SR, Hernández-Rosete D. La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. Salud mental 28(4).2005.

37.- Informe de rendición de cuentas 2000-2006 . Libro Blanco “Proceso de Mejora de Medicina Familiar”. Dirección de Prestaciones Médicas.

38.- Camargo Rodríguez M.Y, Castro Guzmán K.M, Vázquez Bustos J.L, Velasco Chávez J.F, Rodríguez Pérez C.V. Percepción del tipo de apoyo de pareja en adolescentes embarazadas y no embarazadas de la UMF 45 del IMSS en San Luis Potosí, durante el periodo de agosto-septiembre 2009. Fuente CIEFD (Centro de Investigación y Formación Docente UMF 45 en San Luis Potosí).

39.- Terrazas Rodríguez L, Terrazas Rodríguez L.D, Loredó Gaytán J, Rivera Martínez C. Trabajo de tesis para obtén éter el diploma de Médico Familiar, aun no publicada: Tipo de apoyo percibido de su pareja por el paciente con insuficiencia renal crónica que acude al servicio de hemodiálisis. 2009. UMF No 47 San Luis Potosí, SLP.

40.- Amigo Vázquez I. La delgadez imposible. Editorial Paidós. Barcelona. (1) 2003.

41.- Last Cynthia G. “5 Razones por las que comemos en exceso”. Editorial Urano. España. (2). 2000.

42.- Fernández Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM Vol 47 No 6 Noviembre-Diciembre. 2004.

43.- Rodríguez Ábrego G, Rodríguez Ábrego I. Disfunción Familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 42(2).2004.

44.- Apoyo Social en la diabetes tipo 2. Aten Primaria; 40: 429-30. 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Nombre sin apellidos. _____

Edad _____ Género _____

Peso _____

Talla _____

IMC _____

Por favor tache el número de la respuesta que considere correcta de las 5 que están anotadas.

Forma de respuesta para todos los reactivos

Siempre lo hace (5).

Muchas veces lo hace (4).

Algunas veces lo hace (3).

Rara vez lo hace (2).

Nunca lo hace (1).

- 1.- Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.
- 2.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me aconseja.
- 3.- Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.
- 4.- Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela
- 5.- Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema
- 6.- Ante un problema mi pareja me orienta en su solución
- 7.- Cuando tengo un problema, mi pareja se une a l para buscar la mejor solución.

- 8.- Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles
- 9.- Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones
- 10.- Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas
- 11.- Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.
- 12.- Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo
- 13.- Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.
- 14.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me acompaña en mi preocupación
- 15.- Mi pareja me apoya dándome amor
- 16.- Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución
- 17.- Mi pareja es solidario (a) ante cualquier decisión que tome con respecto a mis problemas personales
- 18.- Mi pareja escucha mis problemas
- 19.- Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional
- 20.- Ante mis problemas personales mi pareja me orienta
- 21.- Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere
- 22.- Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.
- 23.- Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.
- 24.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me hace ver los pros y los contras de mis problemas
- 25.- Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo(a)
- 26.- Ante mis problemas, mi pareja me muestra entendimiento
- 27.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa
- 28.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me dice que debo hacer y que no.
- 28.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me dice que debo hacer y que no.
- 29.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me dirige en su

solución.

30.- Mi pareja respalda mis decisiones.

31.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella participa en una nueva reformulación de solución al conflicto.

32.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me cree.

33.- Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.

34.- Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.

35.- Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.

36.- Ante una dificultad, mi pareja me dice que "yo puedo resolver cualquier problema personal"

37.- Comunico mis problemas a mi pareja.

38.- Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.

39.- Comparto mis problemas con mi pareja.

40.- Comparto mis conflictos con mi pareja.

41.- Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión

42.- A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.

43.- Pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.

44.- Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.

45.- Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas

46.- Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.

47.- A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras

48.- A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío.

49.- Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.

50.- Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen

51.- A mi pareja le agradezco cuando me escucha

52.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella es duro (a) conmigo

53.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me juzga

54.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella rechaza mi opción de solución.

- 55.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena.
- 56.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me critica
- 57.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me evita
- 58.- Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo.
- 59.- Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----como
derechohabiente del IMSS, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, expongo que he sido debidamente informado por el Dr León David Martínez Salazar en entrevista personal, realizada el día ----- del 2010, de que se me solicita mi aprobación para la realización de un llenado de un cuestionario para fines de investigación científica denominada: PERCEPCION DEL APOYO DE PAREJA EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL GRUPO SOHDI DE LA UMF 49 DE SAN LUIS POTOSI.

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas sobre la naturaleza y propósito, beneficios y confidencialidad y habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que he tenido y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el trabajo de investigación, y otorgo mi consentimiento en este estudio.

Así mismo entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de realizarlo.

Por tanto firmo el presente documento en San Luis Potosí a----- de-----2010.

----- Firma del paciente

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP).

Este instrumento ha sido creado con la finalidad de evaluar la percepción del apoyo que se recibe y que se da entre la pareja.

El cual consta de 3 factores, el apoyo positivo, el apoyo expresado y el apoyo negativo.

El apoyo positivo se evalúa con 36 reactivos.

El apoyo expresado se evalúa con 15 reactivos.

El apoyo negativo se evalúa con 8 reactivos, dando un total de 59 reactivos.

Las definiciones de los factores del inventario son las siguientes:

Apoyo positivo:

Son conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado:

Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo:

Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y o indiferencia.

En la primera parte se evalúa como la pareja responde a una problemática por medio de las respuestas:

- Siempre lo hace (5).
- Muchas veces lo hace (4).
- Algunas veces lo hace (3).
- Rara vez lo hace (2).
- Nunca lo hace (1).

En la segunda parte se evalúa como se comunica a la pareja sus conflictos, mediante las respuestas:

- Totalmente de acuerdo (5).
- De acuerdo (4).
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3).
- En desacuerdo (2).
- Totalmente en desacuerdo (1).

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5) dados por el sujeto.
- c. El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- d. Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo.

Para saber si las respuestas a cada factor tienden a la definición de dicho factor, ha de obtenerse el punto medio de la calificación, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor.

Este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio. Digamos que si una persona contesta en todos los reactivos con el número 3,

sería una persona que no está de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las preguntas, o sea, no tiene una tendencia positiva ni negativa. Por ello el punto medio o punto de corte, se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de este.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert (escala de respuestas de cinco opciones) es el puntaje más bajo que se asigna.

Factor 1: apoyo positivo

Reactivos:

1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,15,16,17,18,20,21,22,23,24,25,26,28,29,31,32,33,34
36,37,40,41,42,43,44.

Total: 36 reactivos. Todos en positivo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

36×3 igual a 108 (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 108 puntos indica grado de apoyo positivo.

El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36.

A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Factor 2: apoyo negativo

Reactivos:

9,14,19,27,30,35,38,39.

Total: 8 reactivos. Todos en negativo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y

comparar con el punto de corte:

8x3 igual a 24 (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 24 puntos indica el grado de apoyo negativo. El máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo de 8.

A mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área.

Factor 3: apoyo expresado.

Reactivos:

De 45 al 59.

Total: 15 reactivos.

Todos en positivo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

15x3 igual a 45 (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica el grado de apoyo expresado. El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15.

A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Reactivos por factor y cargas factoriales.

Factor 1 apoyo positivo

Num en el	carga factorial.	Num
		en el cuestio-
		nario original.

Cuestionario original

36 reactivos.

1 Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.

0.811

25

2 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me aconseja.	0.793	22
3 Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.	0.790	33
4 Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.	0.756	40
5 Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema.	0.754	31
6 Ante un problema mi pareja me orienta en su solución.	0.753	23
7 Cuando tengo un problema, mi pareja se une a l para buscar la mejor solución.	0.749	34
8 Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.	0.746	16
9 Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones.	0.744	32
10 Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas.	0.735	20
11 Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.	0.727	44

12	Ante mis problemas, mi pareja me dice que esta conmigo.	0.724	12
13	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que esta a su alcance	0.723	5
14	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me acompaña en mi preocupación.	0.708	28
15	Mi pareja me apoya dándome amor.	0.705	15
16	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.	0.691	43
17	Mi pareja es solidario (a) ante cualquier dedición que tome con respecto a mis problemas personales.	0.683	8
18	Mi pareja escucha mis problemas.	0.683	3
19	Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.	0.677	37
20	Ante mis problemas personales mi pareja me orienta.	0.677	4

21	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.	0.670	18
22	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.	0.670	7
23	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.	0.669	13
24	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me hace ver los pros y los contras de aquellos.	0.663	11
62			
25	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo(a).	0.650	2
26	Ante mis problemas, mi pareja me muestra entendimiento.	0.643	21
27	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella se <i>preocupa</i> .	0.642	10
28	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella me dice que debo hacer y que no.	0.640	24
29	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me dirige en su solución.	0.633	29

30	Mi pareja respalda mis desiciones.	0.620	36
31	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella participa en una nueva reformulación de solución al conflicto.	0.618	41
32	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me cree.	0.616	26
33	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.	0.593	6
34	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis desiciones.	0.586	42
35	Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.	0.532	1
36	Ante una dificultad, mi pareja me dice que "yo puedo resolver cualquier problema personal".	0.473	17

Factor 2 apoyo expresado

num. en el cuestionario	Carga factorial	no en el cuestionario final.
No de reactivos: 15		
37 Comunico mis problemas a mi pareja	0.911	51
38 Confío en mi pareja para contarle cualquier cualquier preocupación mía.	0.880	52
39 Comparto mis problemas con mi pareja.	0.879	58
40 Comparto mis conflictos con mi pareja.	0.869	47
41 Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.	0.865	49
42 A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.	0.864	50

43 Pido a mi pareja que me ayude a <u>resolver</u> mis conflictos.	0.856	59
44 Ante un conflicto personal, busco el <u>consuelo</u> de mi pareja.	0.854	56
45 Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.	0.854	53
46 Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.	0.853	48
47 A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.	0.851	46
48 A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	0.807	45
49 Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.	0.658	57
50 Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.	0.609	54
51 A mi pareja le agradezco cuando me escucha.	0.584	5

Factor 3 apoyo negativo

Num en el cuestionario original carga factorial Num en el cuestionario

Num de reactivos: 8.

52 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella es duro (a) conmigo	0.771	35
53 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me juzga.	0.759	19
54 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, el o ella rechaza mi opción de solución.	0.737	38
55 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me <u>condena</u> .	0.715	14
56 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me critica.	0.704	30
57 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o el me evita	0.615	9
58 Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo.	0.550	27
59 Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.	0.428	39

Reactivos pertenecientes a cada factor. La carga factorial indica el peso del reactivo o ítem respecto al total del factor.

El número en el cuestionario final indica la ubicación del reactivo en la versión final del instrumento.