



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 76
URUAPAN MICHOACAN

EL APEGO PARENTAL EN ADOLESCENTES OBESOS DE LA UMF 32 DE PARACHO MICHOACÁN.

ESTUDIO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. ROXANA SEGOVIANO FRANCO

ASESOR DE TESIS:

DR. JERONIMO CAMACHO PEREZ

CO-ASESOR DE TESIS:

M.C JORGE AGUILAR HERNANDEZ

URUAPAN, MICHOACAN

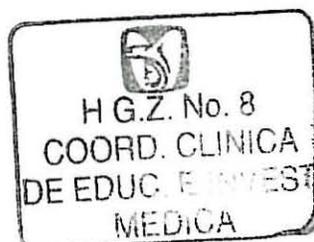
2012

REGISTRO DE CIS NO. R-2012-1603-2



IMSS

**COORDINACION AUXILIAR
DE EDUCACION EN SALUD
MICHOACAN**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**EL APEGO PARENTAL EN ADOLESCENTES OBESOS DE UMF 32
DE PARACHO MICHOACAN**

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

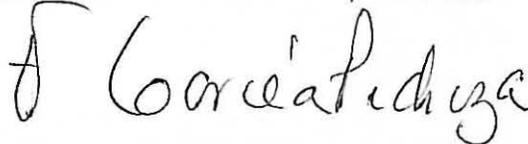
PRESENTA

DRA. ROXANA SEGOVIANO FRANCO

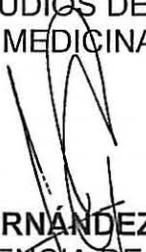
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

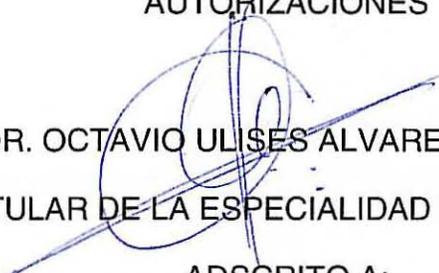
**EL APEGO PARENTAL EN ADOLESCENTES OBESOS DE LA UMF 32 DE
PARACHO MICHOACAN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ROXANA SEGOVIANO FRANCO

AUTORIZACIONES


DR. OCTAVIO ULISES ALVAREZ AGULAR

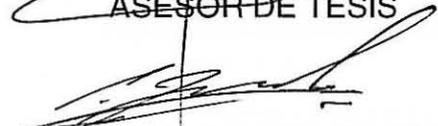
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A:

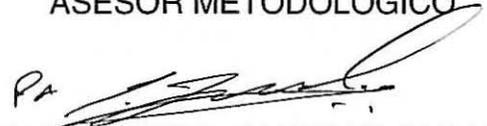
UMF 76 URUAPAN MICHOACAN


DR. JOSE JERONIMO CAMACHO PEREZ

ASESOR DE TESIS


MC. JORGE AGUILERA HERNANDEZ

ASESOR METODOLOGICO


DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACION MICHOACAN



IMSS

COORDINACION AUXILIAR
DE EDUCACION EN SALUD
MICHOACAN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 27/02/2012

MTRO. JORGE AGUILAR HERNÁNDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

El apego parental en adolescentes obesos de Paracho Michoacán

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1603-2

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

“A mi Madre, a quien admiro por su ejemplo de perseverancia, superación y gran esfuerzo por darme la mejor herramienta para crecer, mi hermosa profesión, por siempre mi amor y agradecimiento”.

“Por los valores de honestidad, honorabilidad y humildad que desde pequeña me fomentó y los cuales llevo muy presentes en mi pensamiento, gracias Papá, siempre estás en mi corazón”.

“ A tu paciencia y comprensión, por esperar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, por inspirarme a ser mejor persona, gracias por estar siempre a mi lado, te amo Antonio”.

“A mi gran Maestro, el Dr. Jerónimo Camacho Pérez, quién influyó, con sus lecciones y experiencia, en formarme como un Médico de bien y preparada para los retos que pone la vida en nuestra hermosa profesión”.

INDICE

TITULO	
INDICE	
RESUMEN	1
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACION	14
OBJETIVOS	16
METODOLOGIA	18
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	20
VARIABLES DE ESTUDIO	21
CONSIDERACIONES ETICAS	24
RESULTADOS	25
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	32
ANEXOS	34
BIBLIOGRAFIA	38

1. RESUMEN

EL APEGO PARENTAL EN ADOLESCENTES OBESOS DE LA UMF 32 PARACHO MICHOACAN

Segoviano FR, Aguilar HJ, Unidad de Medicina Familiar No. 76

INTRODUCCION: La preocupación internacional por los problemas de nutrición en la adolescencia se ha incrementado, sobretodo en la relación del sobrepeso y a los comportamientos de riesgo para obesidad. La interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la satisfacción corporal. Las investigaciones se han enfocado de forma mayoritaria en el estudio de la etiología y el tratamiento de la obesidad y han hecho menos hincapié en el impacto que tienen los antecedentes de relación familiar, ya que el apego parental se ha relacionado como causa y mantenimiento de enfermedades como asma bronquial, es importante conocer si el apego parental se encuentra relacionado con la obesidad en el adolescente.

OBJETIVO: Determinar cuál es el vínculo parental en los adolescentes obesos y no obesos en Paracho Michoacán.

METODOLOGIA: Se realizó una encuesta prospectiva, observacional, transversal y analítico a 50 adolescentes de 12 a 16 años de edad, hombres y mujeres de la UMF No. 32 de Paracho Michoacán. El tamaño de la muestra se determinó con la fórmula de Velasco Rodríguez con una RM de 2, alfa de 1.96, beta de 0.84 y p en controles de 0.72. Se aplicó el PBI (Parental Bonding Instrument), instrumento para valorar el apego y sobreprotección familiar. Para evaluar el peso del adolescente se calculó el IMC (índice de masa corporal).

ANALISIS ESTADISITICO: Se utilizó proporciones para buscar si existe una asociación del apego parental con el adolescente obeso. Para establecer diferencia entre sobreprotección y cuidado del adolescente obeso y no obeso, se utilizó chi cuadrada para comparación de grupos independientes.

RESULTADOS: Incluidos 50 adolescentes el 54% mujeres y el 46% hombres, por grado de escolaridad, 32% de bachillerato y el 36 % secundaria. En relación al peso 44% cursan con sobrepeso, y 16% con obesidad. El nivel de cuidado por los padres, el 40% de los adolescentes con sobrepeso tienen "alto cuidado", y los obesos un 12%. El 44% de los adolescentes con sobrepeso cursan con "sobreprotección" y el 16% lo reportaron los obesos.

CONCLUSIONES: El presente trabajo nos permitió conocer que los adolescentes con sobrepeso y obesidad si tienen sobreprotección y alto cuidado por los padres, por lo que se puede saber que en poblaciones suburbanas el apego parental influye sobre los factores alimenticios y psicológicos de los adolescentes.

PALABRAS CLAVE: Apego parental, adolescentes obesos.

2. MARCO TEORICO

ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo crítico de la vida caracterizado por importantes cambios físicos y psicológicos. Durante esta etapa se acentúa el desarrollo del auto concepto, las competencias, las habilidades sociales, la autoestima, valorizan la imagen corporal y es crucial para su vida futura, es por ello que al generar un malestar psicológico y emocional, se podría considerar como un predictor de la aparición de problemas psicológicos, tanto durante la adolescencia como la vida adulta. Es una etapa del desarrollo humano que presenta una serie de desafíos en la indispensable adaptación que el adolescente debe hacer frente a sí mismo, frente a su cuerpo y frente al medio. Es una etapa en la que resulta difícil diagnosticar salud y normalidad ya que la propia adolescencia modifica la forma en que se presentan lo que denominamos trastornos o enfermedades. En la adolescencia se replantea la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individualización que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida. Tal situación se hace crítica en los tiempos actuales pues los adolescentes son los portadores de cambios culturales. Demandan para el medio adulto una reorganización de esquemas psicosociales que incluyen establecimiento de nuevos modelos de autoridad e innovadoras metas de desarrollo, sin las adecuadas condiciones, las nuevas interacciones personales y sociales pueden favorecer la emergencia de grandes riesgos y daños. El desarrollo humano tiene como meta el enriquecimiento personal y social progresivo que avanza en la adolescencia mediante la actualización de capacidades que permitan la convivencia social positiva, rescatando las necesidades personales. Es el periodo en que se produce con mayor intensidad la interacción de las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno. El desarrollo adolescente es un proceso de cambios y transformaciones, que permite un enriquecimiento personal y progresivo en una delicada interacción con los

entes sociales del entorno; su valoración tiene como referente no solo la biografía del individuo, sino también la historia y el presente de su sociedad. (1, 2, 3, 4,5)

Durante la niñez las figuras parentales son la principal fuente de sostén psicológico y de seguridad emocional. El adolescente es un sujeto de transformación compelido a desidentificarse de sus padres para poder encontrar nuevos espejos en los que mirarse.

La adolescencia supone una contundente conmoción estructural, un fundamental y trabajoso replanteo del sentimiento de sí de la identidad del sujeto. Freud en 1908, lo describe con claridad cuando afirma que, *“en el individuo que crece, su desasimiento de la autoridad parental es una de las operaciones más necesarias, pero también más dolorosas del desarrollo. Es absolutamente necesario que se cumpla, y es lícito suponer que todo hombre lo ha llevado a cabo en cierta medida”*. (7, 8,9)

La situación demográfica que viven los adolescentes en el mundo señala la importancia que tiene este grupo de la población dentro de las políticas y estrategias de acción que desarrollan todos los estados, sistemas de protección social, instituciones y profesionales responsables de su bienestar. En México, alrededor de 22 millones de sus habitantes son adolescentes, lo que representa en aspectos de economía social, un “bono poblacional” para las próximas 3 a 5 décadas. La preocupación internacional por los problemas de nutrición en la adolescencia se ha incrementado sobretodo en la relación de la prevalencia del sobrepeso y a los comportamientos de riesgo para el control del peso. La sociedad forma estereotipos, donde no solo se ven involucrados los grupos pares sino también la influencia familiar, que con elevada preocupación por la apariencia física “elemento corporal y peso” agrava la situación del adolescente. Las circunstancias actuales y la proyección del comportamiento que tendrá la población adolescente en el futuro inmediato y mediato, ha llevado a las instituciones de salud a la creación de programas de acción para la atención del

adolescente como el C.A.R.A (Centro de Atención Rural del Adolescente). (10, 11,12)

OBESIDAD Y ADOLESCENCIA

La obesidad se define como el exceso de grasa corporal, que induce a un aumento significativo de riesgo para la salud, debido a un desequilibrio prolongado entre la ingestión de calorías y el consumo de energía. En palabras sencillas el incremento de peso se produce cuando las calorías que se consumen (en las comidas y bebidas) superan a las calorías que se gastan (en el metabolismo basal, el efecto térmico de los alimentos y la actividad física). Se inicia generalmente en la infancia y la adolescencia. (13, 14,15)

Los métodos más usados para medir la obesidad son los antropométricos: relación, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), pliegues cutáneos y la simple inspección del paciente.

El índice de masa corporal (IMC) se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros. (Kg/m^2). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85. (16,17)

Los criterios para definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad varían según la edad y el sexo ya sea que se trate de menores de dos años, entre cinco y once años y en adolescentes (ANEXO 1). (17,18)

La obesidad en la adolescencia ha sido asociada a diversas patologías, además de tener consecuencias psicológicas y sociales negativas y más probabilidades de llegar a ser adultos obesos. La obesidad, descartando la presencia primaria de otras patologías somáticas, fue conceptualizada desde una perspectiva en la que el cuerpo es pensado como una unidad psicosomática y nos planteamos la interrogante si la obesidad podía ser considerada como la expresión de dificultades de autorregulación de estados afectivos inconscientes y preconcientes, frente a los cuales la alimentación surgiría como una forma de lograr un estado interno de equilibrio emocional. (19,20 ,21)

En México, el sobrepeso y la obesidad en adolescentes representa un problema de salud pública y éste ha incrementado en todas las edades y regiones, especialmente en mujeres. México ocupa el segundo lugar en obesidad mundial después de los Estados Unidos. La ciudad de México es la número 1 de obesos, cada año el problema ha ido incrementando, tanto que la Organización Mundial de la Salud, desde hace más de 15 años decidió considerarla como una epidemia a nivel global. La población más afectada por la obesidad es la clase media y los hijos de emigrantes que viven en zonas rurales, cerca de las grandes zonas urbanas. En ambos grupos entre las causas se encuentran los cambios en la dieta tradicional abundante en frutas, vegetales y leguminosas, por la de tipo occidental rica en grasas saturadas, y azúcares refinados con carga glucémica elevada. Papel preponderante lo constituyen también la falta de ejercicio al aire libre y el sedentarismo e inactividad física de los niños y adolescentes que pasan muchas horas frente al televisor, con los videojuegos, en la computadora, o hablando por teléfono; tiempo durante el cual consumen gran cantidad de lo que se conoce como “comida chatarra” y refrescos embotellados o jugos. A esto debe agregarse la predisposición genética de los ancestros de nuestra población indígena relacionada con el “genotipo ahorrador” que les permitía vivir de la caza para no morir de hambre en tiempos de escasez y darse comilonas en tiempo de abundancia. Esto era una ventaja en los tiempos de hambruna, pero es evidente desventaja en la actualidad en ambientes que ofrecen múltiples opciones de comidas rápidas ricas en calorías y bajas en nutrientes. (21, 22,23)

La encuesta nacional de salud y nutrición 2006, encontró que el sobrepeso y la obesidad a niveles escolares en mujeres y hombres aumento un tercio entre los años 1999 y 2006. Datos del ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) arrojo que uno de cada 3 adolescentes tiene sobrepeso, es decir más de 5 millones de adolescentes en el país. “Aproximadamente el 50% de los casos, el sobrepeso aparece antes de los 2 años y el resto en la pubertad y adolescencia, etapas de mayor crecimiento. Alrededor del 80% de los adolescentes obesos lo serán el resto de su vida”. El peso corporal no solo tiene influencia en el aspecto físico, sino en el subjetivo, asociándose con las áreas psicológica y social de la

persona. Así lo han reportado estudios que han encontrado el exceso de peso con puntuaciones más bajas de calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud, que los de peso normal. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. (24, 25, 26,27)

En los últimos años la población que padece de obesidad y sobrepeso ha ido incrementando progresivamente, por lo que la obesidad es considerada un problema de salud pública a nivel mundial y catalogada, según la OMS, como la “epidemia del siglo XXI.” (28,29 ,30)

El riesgo metabólico y cardiovascular tiende a persistir de la infancia a la madurez, dando como resultado un elevado riesgo de salud y mortalidad prematura. (31,32 ,33)

LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE

La interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la satisfacción corporal y como consecuencia en la imagen corporal.

La vida social también se ve afectada, puesto que muchas veces son más vulnerables a la discriminación, las críticas o el rechazo. Y con frecuencia son considerados como torpes, por parte de sus compañeros. Estas manifestaciones de rechazo social suelen tener un mayor impacto emocional en las mujeres que en los varones.

Las investigaciones se han focalizado de forma mayoritaria en el estudio de la etiología y el tratamiento de la obesidad a partir de un abordaje individual, especialmente en lo que hace referencia a los problemas psicosociales, justificándolos como consecuencia de la propia obesidad y han hecho menos hincapié en el impacto que tienen los antecedentes familiares, no solo la obesidad, sino de psicopatología en las generaciones antecedentes (padres y abuelos).

La depresión materna se relaciona con los problemas conductuales de los adolescentes obesos y Favaro indica que los síntomas psiquiátricos maternos (ansiedad y depresión) correlacionan positivamente con el incremento del índice de masa corporal.

La cronicidad de la obesidad plantea la efectividad del tratamiento sintomático como única vía terapéutica (aplicación exclusiva de un tratamiento médico o de un tratamiento psicológico) ya que algunos autores subrayan la presencia de componentes emocionales familiares e individuales y de un sistema de comunicación que se verían íntimamente relacionados con la expresión de la obesidad en los adolescentes. (28)

Según Schmit cuando un especialista trata con la obesidad inmediatamente se ve confrontado a “un sistema familiar cuya economía se organiza mediante la integración de la obesidad del hijo en procesos complejos cuyo esclarecimiento es delicado y que actúan en el sentido de permanencia de cierto tipo de relaciones familiares en las que el obeso – en nombre de su obesidad- juega un papel particular”. (29)

La obesidad es en sí una respuesta específica a dificultades del desarrollo a conflictos psíquicos subyacentes, a interacciones padres–hijos, que no tienen nada de específicas y pueden dar lugar a otras manifestaciones psicopatológicas o psicósomáticas. (29)

Los hijos de madres o padres solteros, parejas divorciadas o separadas, alcohólicos o adictos, muestran con mayor frecuencia, que los que viven en familias integradas y sin desviaciones, alteración de las conductas y hábitos de alimentación, que se manifiestan como sobrepeso, obesidad, desnutrición, o bulimia.(29)

Del 20 al 40% de los adolescentes con obesidad severa (grado III o mórbida) son “comedores compulsivos”. Los comedores compulsivos muestran preocupación por su figura y su peso; así como, síntomas de depresión y ansiedad con baja autoestima cuando se comparan con obesos no compulsivos. La

aceptación de los padres y la despreocupación por la obesidad pueden ser factores protectores de la autoestima, si bien dificultan la búsqueda de ayuda y el tratamiento. Entre los adolescentes obesos grado III, alrededor de la mitad tienen síntomas depresivos moderados a severos y más de un tercio reportan niveles altos de ansiedad. Las adolescentes obesas se aíslan y se involucran más en conductas riesgosas y antisociales como drogadicción y alcoholismo que sus pares sin esta enfermedad y tienen también mayores intentos suicidas que las no obesas. (28,29, 30)

APEGO PARENTAL Y ADOLESCENCIA

La teoría del apego es un tema que revoluciona a los interesados en el conocimiento y explicación de la conducta socio afectiva de los individuos, cada vez más se interesan en profundizar sobre este aspecto, lo cual se evidencia desde los años 50, donde fue creado el concepto de apego con autores como Freud (1933), Klein (1923), Kernberg (1976), y otros más, sin embargo acorde con lo señalado por Doménico (2006), es en 1958 cuando fue creado normalmente el concepto de apego por Bowlby. (28,29, 30)

El “*apego*” es la disposición a mantener proximidad y lazo afectivo con una figura que se encuentra disponible y es sensible otorgando al adolescente protección. Las conductas de apego dependen de la evaluación por parte del adolescente, de un conjunto de señales del entorno que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad e inseguridad.

La teoría del apego proporciona una base conceptual que permite establecer los nexos de unión que existen entre las relaciones familiares y las que se establecen con el grupo de los pares o iguales, al considerar que aquellos adolescentes que formaron en la primera infancia un vínculo seguro en sus familias tienden a mantener este mismo tipo de apego en otras relaciones.

El estudio de las relaciones con los padres, pares y otras variables tales como agresión relacional, reflejan las líneas actuales de investigación en esta área. Las tendencias actuales reflejan una aproximación multifacética a la comprensión de aquellos dominios del funcionamiento social de los adolescentes. Los estilos parentales han recibido atención considerable a través del tiempo y en diferentes países alrededor del mundo. Los efectos de los diferentes estilos tales como el autoritario, el autoritativo y el permisivo y la relación de estos estilos con el funcionamiento psicológico de los jóvenes, han sido de especial interés para los investigadores del desarrollo, la psicología y la educación. Las relaciones de apego y la forma en que las relaciones con los padres pueden amortiguar los riesgos de desarrollar relaciones mal adaptativas, síntomas de malestar psicológico y dificultades en el logro académico, son de gran interés. El apego en sí mismo es un constructo que tiene raíces en las relaciones niño-cuidador, pero que tiene implicaciones fundamentales para tareas del desarrollo propias de la adolescencia como el de la separación de los padres y establecimiento de autonomía. El establecimiento de las relaciones seguras durante las primeras etapas del desarrollo actúa como un factor protector contra problemas psicológicos. Otros autores discuten evidencia que asocia patrones adecuados de apego con el desarrollo de destrezas interpersonales que se asocian con bajos niveles de depresión en adolescentes.

Ya que el apego parental se ha relacionado con la causa y mantenimiento de algunas enfermedades como el asma bronquial, queremos conocer si el apego parental se encuentra relacionado con la obesidad en el adolescente.

El Parental Bonding Instrument (P.B.I.) es un cuestionario desarrollado por Gordon Parker, Hilary Tupling de la Universidad de New South Wales, Australia, en 1979. Basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby, el P.B.I. mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años. Es un instrumento auto aplicable para personas de 12-16 años en adelante. Esta edad fue determinada por los autores como un criterio para su aplicación, la cual no tiene límite de tiempo. El test cuenta

con 25 afirmaciones, las que componen 2 escalas: cuidado (13 ítems) y sobreprotección (12 ítems); cada ítem se puntúa a través de likert, con recorrido de (0) nunca a 3 (siempre); de este modo la escala de cuidado alcanza un máximo de 39 puntos y la de sobreprotección 36. El factor de afecto que establece la escala del mismo nombre, está definido como un continuo que va desde el polo de cuidado, contención emocional, empatía y cercanía hasta el polo de frialdad emotiva, indiferencia y negligencia. El factor control, equivalente a la segunda escala, se define como la percepción de estrategias de sobreprotección intrusión constricción, contacto excesivo infantilización y prevención de la conducta autónoma. Cada una puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para efecto y otro para control, lo cual permite determinar los vínculos parentales. En México, Benítez, Chávez y Ontiveros en el año 2005, en el marco de investigación acerca de las relaciones de crianza y esquizofrenia determinaron la confiabilidad de las dimensiones paterna y materna con el método del alfa Cronbach y la validez de las 2 escalas que evalúa el P.B.I. La versión establecida para los autores se compone de las escalas de calidez y distancia y frialdad emocional con modificaciones a los ítems que se agrupan. (31,32, 33)

PARACHO, MICHOACAN

Paracho es una palabra chichimeca que significa “ofrenda”. Es una población prehispánica y se constituyó en República de Indias a la llegada de los españoles. En 1754 era conocido como San Pedro Paracho y siendo cabecera de curato se componía de nueve pueblos; San Jerónimo Aranza, Santa María Cheranhahtzincurín, Santa Cruz Tanaco, San Bartolomé Cocucho, Santa María Urapicho, Santiago Nurío Tepagua, San Miguel Pomacuarán, San Mateo Ahuirán y el propio San Pedro Paracho.

En 1831, se le otorgó la categoría de municipio. El 18 de enero de 1862 se le concedió el título de villa, con el nombre de “Paracho de Verduzco” en honor al insurgente Don Sixto Verduzco.

Se localiza al noroeste del Estado, en las coordenadas 19° 39' de latitud norte y 102°,03'de longitud oeste, a una Altitud 2,220 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con el municipio de Chilchota y Cherán, al sur con Uruapan, al este con Nahuatzen y al oeste con Charapan. Su distancia a la capital del Estado es de 158 Kms. El municipio cuenta con una superficie de 278.05 Kilómetros cuadrados y representa un 0.78 por ciento del total del estado, su densidad de población para el año 2000 es de 111.52 habitantes por Km2.

El municipio de Paracho es rico en tradiciones y costumbres, principalmente porque en la mayoría de las comunidades que integran el municipio de Paracho se habla todavía el Purépecha y se conserva el vestuario tradicional en la mujer, el cual consta de enagua, rollo, blusa, delantal y reboso. También se puede decir que la música y la danza son parte esencial de las comunidades del municipio de Paracho, ya que existen alrededor de 20 bandas de música, 10 orquestas, aproximadamente, y un gran número de danzas tradicionales (danzas de viejitos, negritos y pastorelas), se pueden apreciar, también, iglesias del siglo XVII, viviendas típicas construidas a base de madera, tabique y adobe; visitar la casa de la cultura (antiguo internado), el mercado de antojitos (comida tradicional , churipo, atole de grano y corundas) y el mercado de artesanías en la comunidad de Paracho, así como la gran variedad de artesanías, principalmente las guitarras, fabricadas completamente a mano por artesanos de la comunidad, siendo importante destacar la realización de la Feria Nacional de la Guitarra.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es un periodo crítico de la vida caracterizado por importantes cambios físicos y psicológicos, es una etapa del desarrollo humano que presenta desafíos en la indispensable adaptación que el adolescente debe hacer frente a sí mismo, frente a su cuerpo y frente al medio y resulta difícil diagnosticar salud y normalidad ya que la propia adolescencia modifica la forma en que se presentan trastornos o enfermedades. (1,2 ,3)

La situación demográfica que viven los adolescentes en el mundo señala la importancia que tiene este grupo de la población dentro de las políticas y estrategias de acción que desarrollan todos los estados, sistemas de protección social, instituciones y profesionales responsables de su bienestar. Las circunstancias actuales y la proyección del comportamiento que tendrá la población adolescente en el futuro mediano e inmediato, ha llevado a las instituciones de salud a la creación de programas de acción para la atención del adolescente. (10, 11,12)

La obesidad se inicia generalmente en la infancia y adolescencia; ha sido asociada a diversas patologías, además de tener consecuencias psicológicas y sociales negativas y más probabilidades de llegar a ser adultos obesos. (13, 14,15)

En los últimos años la población que padece de obesidad y sobrepeso se incrementa progresivamente, por lo que es considerada un problema de salud pública a nivel mundial y catalogada según la OMS como la “epidemia del siglo XXI”. (28, 29,30)

La interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la satisfacción corporal y como consecuencia en la imagen corporal. La aceptación de los padres y la despreocupación por la obesidad pueden ser factores protectores de la autoestima, si bien dificultan la búsqueda de ayuda y el tratamiento. (30)

Los estilos parentales han recibido atención considerable a través del tiempo y en diferentes países alrededor del mundo. Las relaciones de apego y la forma en que las relaciones con los padres pueden amortiguar los riesgos de desarrollar relaciones mal adaptativas, síntomas de malestar psicológico y dificultades en el logro académico, son de gran interés. (31)

Por lo anterior en la actualidad las tasas de incidencia de sobrepeso y obesidad aumentan en forma progresiva a través del tiempo y esto, como se menciona en la literatura es un problema de salud mundial, que requiere de atención especial por el sector salud.

Pregunta de investigación

¿Existe asociación del apego parental con los adolescentes obesos en Paracho Michoacán?

4. JUSTIFICACION

En la población de Paracho Michoacán no se ha realizado ningún estudio donde se muestre el apego familiar en el adolescente obeso, así como estudios que nos refieran las tasas de prevalencia de obesidad y sobrepeso, por lo que es importante identificar los factores psicológicos y familiares asociados a esta enfermedad muchas veces olvidados, lo anterior condiciona un tratamiento no integral del adolescente obeso y no logrando una participación activa del adolescente en su enfermedad, ya que al no tener una salud mental y relación familiar adecuada no encuentra motivadores extrínsecos e intrínsecos; además en la adolescencia, los intensos cambios vividos y la búsqueda de identidad contribuyen a que muchas veces se confundan, muy a menudo sus mensajes y demandas de ayuda de comprensión y orientación vienen enmascaradas por una conducta agresiva o de introversión o incluso de otra índole que despiertan respuestas hostiles o de desatención.

Esta dificultad de comunicación entre adultos y jóvenes también puede verse reflejada en la atención prestada en los adolescentes, que a su vez provoca que las principales causas de mortalidad y morbilidad en esa etapa no reciban a la asistencia debida, por lo tanto al conocer el tipo de vínculo parental nos llevaría a tomar acciones terapéuticas integrales en el adolescente para evitar que sea afectado su desarrollo social, físico y mental.

La interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la satisfacción corporal y como consecuencia en la imagen corporal, que en la mayoría de los casos el adolescente se adapta a los cambios de imagen corporal o bien esta no coincide realmente con la imagen preestablecida, ya que existen estudios sobre este tema donde los padres y los sujetos con sobrepeso y obesidad son vistos como características normales.

La población en estudio es una población suburbana con características especiales por ser una población purépecha, con hábitos y costumbres especiales,

en relación a la alimentación, actividad física, socialización, incluso en aspectos de desarrollo político.

Por lo anterior, nuestro interés en investigar en relación al tema.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar cuál es el vínculo parental en los adolescentes obesos y no obesos en Paracho Michoacán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de sobreprotección familiar del adolescente.
- Identificar en que genero predomina la sobreprotección familiar.
- Identificar si la familia del adolescente obeso es de carácter rígido o flexible

6. HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

No existe asociación entre el adolescente obeso y la sobreprotección parental.

HIPOTESIS ALTERNA

Los adolescentes obesos tienen menos sobreprotección y cuidado por parte de sus padres.

7. METODOLOGIA

Tipo de estudio: Prospectivo, observacional, transversal, analítico.

Población en estudio: Adolescentes obesos y no obesos de 12 a 16 años de acuerdo al instrumento.

Lugar de estudio y tiempo de estudio: Paracho Michoacán, de noviembre 2011 a marzo 2013.

Muestreo: El muestreo será no probabilístico de caso consecutivo.

Tamaño de la muestra: Para determinar el tamaño de la muestra se utilizara la fórmula de Velasco Rodríguez con una RM de 2, alfa de 1.96, beta de 0.84 y p en controles de 0.72. (6)

Previa aprobación del Comité Local de Investigación de Uruapan Michoacán., se realizó estudio transversal, en el cual se aplicó una encuesta en un grupo de 50 adolescentes , obesos y no obesos entre los 12 y 16 años de edad de Paracho Michoacán, que aceptaron participar en el estudio, de escolaridad primaria completa. Los adolescentes se encuestaron en el grupo de reuniones y pláticas en UMF No. 32 de Paracho Michoacán, siendo de carácter anónima para que pudieran emitir libremente su opinión.

Se les aplico una evaluación “Parental Bonding Instrument” (P.B.I evaluación del apego parental), el cual mide el tipo de lazo parental. Los resultados obtenidos se analizaron mediante la frecuencia de las respuestas. Es

un instrumento autoaplicable para personas de 12-16 años, no tiene límite de tiempo (ANEXO 2, 3) (13).

Se incluyeron datos sociodemográficos como edad, sexo, grado escolar, peso, talla, el peso se obtiene, pesando al sujeto en una báscula marca, calibrada, con el adolescente descalzo, sin ropa con una bata de paciente.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes obesos y no obesos
- Que acepten participar en el estudio
- Escolaridad primaria terminada en adelante

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no sepan leer y escribir.
- Adolescentes menores de 11 años

Criterios de eliminación

- Que decidan no continuar contestando las encuestas.
- Se excluirán encuestas incompletas.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Como se medirá	Escala de medición
Adolescente	individuos que se encuentran entre los 12 y 18 años de edad,	Dependiente		
Adolescente obeso	Grupo de adolescentes entre 12-16 años de edad, los cuales presenten IMC mayor o igual a 30.	Dependiente	En base al IMC se clasificara en sobrepeso, obesidad	Ordinal
Apego parental	Cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.	independiente	Cuidado Sobreprotección No apego	Cualitativo P.B.I: parental bonding instrument.

Índice de masa corporal	Es el resultado del peso sobre la talla al cuadrado	Independiente	Normal Sobrepeso obesidad	Numérico
Peso	Numero de kilogramos del individuo, unidad de medida	Independiente	Normal Bajo Alto	Numérico
Talla	Numero de centímetros del individuo	Independiente	Normal Bajo Alto	Numérico
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Independiente	Mujer Hombre	

8. ANALISIS ESTADISTICO

La presentación de los datos se hará en proporciones, para buscar si existe una asociación del apego parental con el adolescente obeso. Para establecer diferencia entre sobreprotección y cuidado del adolescente obeso y no obeso se utilizara chi cuadrada para comparación de grupos independientes

9. CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio se ajustará a las normas éticas contempladas en la ley general de salud en materia de investigación médica mundial, reunida en Helsinki emitió la “declaración de “Helsinki” 1975 y enmendado en Hong Kong en 1989 por la misma asamblea y modificada en Edimburgo en el año 2000.

10.RESULTADOS

Se incluyeron 50 adolescentes, de 12 a 16 años de edad, el 46% corresponde a 16 años, 26% a 15 años, 16% a 14 años y 12% a 13 años, bajo consentimiento informado autorizado por sus padres. Se aplicó la encuesta al 100%, ningún adolescente se negó a participar. (Cuadro 1) Se observa mayor inclusión de alumnos de 15 y 16 años, que corresponde bachillerato, lo anterior por la distribución de la población adscrita en la UMF No. 32

La relación del sexo, 54% corresponde a mujeres y el 46% hombres, con 64% de bachillerato y 36% de secundaria. (Cuadro 2) Por contar con mayor población adscrita de sexo femenino, así como el porcentaje de adolescentes de bachillerato en relación a los de secundaria. (Cuadro 3)

El índice de masa corporal (IMC) por escolaridad, a nivel secundaria el 50% presentan IMC normal, 33% sobrepeso y el 17% obesidad y en bachillerato, 34% IMC normal, 50% sobrepeso y 16% obesidad. (Cuadro 4A y B)

El cuidado por parte de los padres hacia los adolescentes de acuerdo a su estado nutricional reporta que hay un “alto cuidado” en los que presentan sobrepeso en 40% y 21% con obesidad. El “bajo cuidado” se encuentra en porcentajes menores, en los adolescentes el 6% con IMC normal, y el 4% con obesidad. (Cuadro 5)

La sobreprotección parental de acuerdo a su clasificación, 12% de adolescentes con sobrepeso y 4% obesidad, presentan “alta sobreprotección”, mientras que el 34% con estado nutricional normal y el 12% con obesidad reportan “baja sobreprotección. (Cuadro 4) Se encuentra cifras más altas de sobreprotección en los adolescentes que cursan con sobrepeso y obesidad en relación a los que cursan con IMC normal.

CUADRO 1. Porcentaje por edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13.00	6	12.0	12.0	12.0
	14.00	8	16.0	16.0	28.0
	15.00	13	26.0	26.0	54.0
	16.00	23	46.0	46.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Se presenta la edad en años, frecuencia, porcentaje total y acumulado de los participantes del estudio, con mayor porcentaje en los adolescentes de 15 y 16 años, lo anterior por ser el grupo de mayor distribución de la población adscrita a la UMF No. 32

Fuente: En base a resultados obtenidos del instrumento de evaluación

CUADRO 2. Porcentaje de género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	masculino	23	46.0	46.0	46.0
	femenino	27	54.0	54.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Se presenta la frecuencia, porcentaje total y acumulado de los participantes del estudio, de acuerdo al género, encontrando mayor participación del sexo femenino. Lo anterior debido al mayor número de adolescente de la Unidad de Medicina familiar No. 32

Fuente: obtenida del instrumento de evaluación PBI (parental Bonding Instrument)

CUADRO 3. Porcentaje por escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	secundaria	18	36.0	36.0	36.0
	bachillerato	32	64.0	64.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Se presenta la frecuencia, porcentaje total y acumulado de los participantes de escolaridad, con mayor porcentaje de adolescentes de bachillerato, lo anterior por la disponibilidad para la participación en el estudio y por ser el grupo que más acudio a la Unidad en el tiempo de estudio.

FUENTE: Resultados obtenidos del Instrumento de Evaluacion PBI

Cuadro 4 A. Estado Nutricional de acuerdo a nivel secundaria

Escolaridad	Recuento % total	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
Secundaria		50%	33%	17%	100%

Cuadro 4 B. Estado nutricional de acuerdo a nivel bachillerato

Escolaridad	Recuento % total	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
Bachillerato		34%	50%	16%	100%

Mayor porcentaje de estudiantes de bachillerato, con mayor índice de sobrepeso en relación a los adolescentes de secundaria, y con tasas altas de sobrepeso y obesidad en ambos grupos. Observando la tendencia al incremento de peso en relación al grado escolar.

Fuente: Datos obtenidos del PBI(parental bonding Instrument), con el IMC según la OMS.

CUADRO 5. El nivel de cuidado por parte de los padres

			ESTADO NUTRICIONAL			Total
			NORMAL	SOBREPESO	OBESO GRADO II	
Nivel de cuidado	Alto	Recuento	17	20	6	43
		% del total	34.0%	40.0%	12.0%	86.0%
	Bajo	Recuento	3	2	2	7
		% del total	6.0%	4.0%	4.0%	14.0%
Total		Recuento	20	22	8	50

Se presenta la frecuencia de alto cuidado, observando porcentajes altos en adolescentes con sobrepeso y obesidad. traduciendo que a mayor cuidado por parte de los padres se incrementa el riesgo de sobrepeso y obesidad, y el riesgo de patología concomitantes.

Fuente: Instrumento de evaluación PBI (Parental Bonding Instrument)

Cuadro 6. El nivel de sobreprotección de acuerdo al estado nutricional

			ESTADO NUTRICIONAL			Total
			NORMAL	SOBREPESO	OBESO GRADO II	
Nivel de sobreprotección	Alto	Recuento	3	6	2	11
		% del total	6.0%	12.0%	4.0%	22.0%
	Bajo	Recuento	17	16	6	39
		% del total	34.0%	32.0%	12.0%	78.0%
Total		Recuento	20	22	8	50
		% del total	40.0%	44.0%	16.0%	100.0%

La familia con sobreprotección tiene mayor índice de adolescentes con sobrepeso y obesidad. Esto es que el adolescente sobreprotegido tiene mayor riesgo de cursar con este problema, lo que nos obliga a involucrar en el manejo de esta patología a la familia.

Fuente: Resultados obtenidos del Instrumento de Evaluación PBI

11. DISCUSION

Se observó que el apego parental en los adolescentes obesos de Paracho Michoacán, del grupo de estudio, el nivel de cuidado por parte de los padres hacia los adolescentes de acuerdo a su Estado Nutricional, existe un “alto cuidado” en los que presentan sobrepeso y obesidad. El “bajo cuidado” se encuentra en porcentajes bajos, en adolescentes con IMC normal con el 6%, y los obesos el 4%. La teoría del apego proporciona una base conceptual que permite establecer los nexos de unión que existen entre las relaciones familiares y las que se establecen con el grupo de los pares o iguales, al considerar que aquellos adolescentes que formaron en la primera infancia un vínculo seguro en sus familias tienden a mantener este mismo tipo de apego en otras relaciones, dato similar encontrado por Delgado (2011) quien menciona un aumento en el apego parental asociado al paso del tiempo, (10).

El nivel de “sobrepotección” parental, de acuerdo a su clasificación, el 12% de adolescentes con sobrepeso y el 4% con obesidad, presentan “alta sobreprotección”, mientras que el 34% con estado nutricional normal, y también el 12% con obesidad reportan “baja sobreprotección”. En el estudio realizado en adolescentes asmáticos en la Universidad Veracruzana en Xalapa, México por Caso (2006), concluye que existe una asociación entre la sobreprotección parental y el asma. Así mismo en México, Benítez, Chávez y Ontiveros (2005) realizaron una investigación sobre la relación parental de crianza y esquizofrenia, donde determinaron la confiabilidad del instrumento de evaluación para la relaciones parentales P.B.I. (12,13)

Es sabido que en el proceso de desasimilamiento propio de la adolescencia, la familia puede facilitar o no la discriminación de sus miembros, apoyando o entorpeciendo el crecimiento o salida de los hijos al mundo exogámico. Johnson y Flach (1985) encontraron una relación directa entre la gravedad de la sintomatología del paciente y la gravedad de la desorganización familiar. (37).

Apesar de que se debe profundizar en ello, el estudio realizado marca un precedente para que en el futuro la obesidad y sobrepeso, así como otras enfermedades, sean consideradas por la medicina, no solo a partir de factores o causas biológicas, sino también psicológicas y sociales. De tal manera, que se deberá integrar, además de los tratamientos farmacológicos y nutricionales, los psicológicos individuales y familiares.

12. CONCLUSIONES.

En el presente estudio realizado en la UMF 32 de Paracho Michoacán, se observó que la familia con sobreprotección tiene mayor índice de adolescentes con sobrepeso y obesidad, por lo que la frecuencia de alto cuidado, se presentó en porcentajes elevados.

La mayor participación fue de los adolescentes de 15 y 16 años, siendo el sexo femenino, la predominante, de acuerdo a la cantidad adscrita a la UMF en relación a su pirámide poblacional.

Los adolescentes de bachillerato, tienen mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad en relación a los de secundaria, lo que refleja que a mayor edad mayor sobrepeso, y en relación a la obesidad no encontramos diferencia significativa en ambos grupos.

El cuidado por parte de los padres hacia los adolescentes de acuerdo a su estado nutricional reporta que hay un “alto cuidado” en los que presentan sobrepeso en 40% y el 21% lo reportan en adolescentes con obesidad.

El “bajo cuidado” se encuentra en porcentajes menores como en los adolescentes con IMC normal, quienes reportan el 6%, mientras que los obesos el 4%.

Se observa que los adolescentes con sobrepeso y obesidad que cursan con alto cuidado por parte de los padres, pudiera ser una condición para complicaciones de esta patología.

La familia con sobreprotección tiene mayor índice de adolescentes con sobrepeso y obesidad.

Se requiere de atención en edades tempranas, para prevención de la obesidad y sobrepeso en la edad infantil, así mismo se sugiere involucrar a los médicos de primer nivel de atención en la detección de esta patología y no dejar de lado la asesoría integral psicológica y medica de la familia.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Agosto 2011	Septiembre 2011	Octubre 2011	Noviembre 2011	Diciembre 2011	Septiembre 2012	Octubre 2012	Noviembre 2012	Febrero 2013	Marzo 2013	Noviembre 2013
Elección del tema											
Investigación bibliográfica											
Desarrollo del tema											
Revisión por comité											
Aplicación de encuestas											
Análisis de resultado											
Entrega del trabajo											

14. ANEXOS

ANEXO 1 CLASIFICACION DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE ACUERDO AL IMC (OMS) (15)

Cuadro 4 Clasificación de sobrepeso y obesidad de acuerdo al IMC (OMS)		
Clasificación	IMC	Percentiles *
Peso bajo	< 18.5	< 3
Normal	18.5-24.9	> 3.1 < 84
Sobrepeso	25-29.9	> 85 < 95
Obesidad I	30-34.9	>= 95
Obesidad II	35-39.9	
Obesidad III	>=40	

* En anexos gráficas de percentiles para niños y niñas.
Fuente: Obesity and overweight. World Health Organization.
<http://www.who.int/whr/2003/en/>

ANEXO 2. VINCULO DETERMINADOS POR EL P.B.I (PARENTAL BONDING INSTRUMENT) (13)



Figura 1. Tipos de Vínculo arrojados por el P.B.I.

ANEXO 3. TEST P.B.I (12)

Por favor, selecciona la respuesta que creas conveniente.

	Mis padres	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1	Me hablan en un tono de voz cálido y amigable				
2	No me ayudan tanto como lo necesitaba				
3	Me dejan hacer las cosas que quiero hacer				
4	Se sienten emocionalmente fríos conmigo				
5	Parecen entender mis problemas y preocupaciones				
6	Son cariñosos conmigo				
7	Les gusta que tome mis propias decisiones				
8	No quieren que crezca				
9	Tratan de controlar todo lo que digo				
10	Invaden mi privacidad				
11	Disfrutan platicar cosas conmigo				
12	Me sonrían				
13	Tienden a tratarme como un bebe				
14	Parecen no entender mis necesidades				
15	Dejan decidir cosas por mí mismo				
16	Me hacen sentir que no soy querido				
17	Me pueden hacer sentir mejor cuando estoy alterado				
18	No platican conmigo frecuentemente				
19	Tratan de hacerme sentir dependiente de ellos				
20	Sienten que no puedo cuidarme solo a menos que ellos estuvieran conmigo				
21	Me dan tanta libertad como quiera				
22	Me dejan salir tanto como quiero				
23	Son sobreprotectores				
24	Me alaban				
25	Me dejan vestirme de la manera que me gusta				

Datos: edad _____ sexo F/M. PESO _____ talla _____
 escolaridad grado máximo: _____

ANEXO 4.- DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paracho Michoacán a ____ de _____ del 2012.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “EL APEGO FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE OBESO DE LA UMF 32 DE PARACHO MICHOACAN”

Registrado ante el Comité local de investigación Médica con el número 1603.

El objetivo de este estudio es:

Identificar la asociación de la estructura y funcionalidad familiar en adolescentes con depresión.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar una encuesta relacionada con el apego parental: alto cuidado y sobreprotección.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay riesgos, ya que solo consiste en contestar preguntas previamente elaboradas y que son con fines de investigación y TOTALMENTE ANONIMAS ya que, el investigador me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en una forma confidencial.

El investigador se ha comprometido a darme la información oportuna de cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi prevención, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que surja durante la encuesta y/o acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Se me ha informado que el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

Nombre _____ (iniciales) _____ y _____ firma _____ del
paciente _____

Nombre _____ y _____ firma _____ del
investigador _____

15. BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, Mildory, MANRIQUE, Lizzeth y TUESTA, Mayra. Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. Enfermería Herediana, 3 (1): 49-54, julio 2010.
2. PEREA, Arturo, LOREDO, Arturo y TREJO, Jorge. Medicina para adolescentes. Razones, necesidades y propuestas para desarrollarla. Acta Pediátrica de México, 27 (4): 213-222, julio 2006.
3. HIDALGO, Carlos, HIDALGO Alfredo y RASMUSSEN, Bettylú. Calidad de vida, según percepción y comportamientos del control de peso por género en estudiantes universitarios adolescentes en México. ARTIGO, 1: 67-77, abril 2010.
4. CARRASCO, Daniela, GOMEZ, Elena y STAFORELLI, Antonia. Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales. Terapia Psicológica, 27 (1): 143-149, julio 2009.
5. MARTINEZ, María, FLORES, Yolanda y RIZO, María. Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7º al 9º grado, residentes en Tamaulipas, México. Latino América Enfermagem, 18 (1): 3-7, febrero 2010.
6. SIBEL, Antonio, QUILES, Ignacio y BARRIS, Javier. Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. Psiquiatría y Paidopsiquiatría, 94: 3-10, julio 2001.
7. AGUILAR, Hilda, PEREZ, Patricia y DIAZ DE LEON, Enrique. Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años. Pediatría de México, 13 (1): 17-23, enero 2011.
8. MADRIGAL, Fritsch, ESTEVEZ, José y MARTINEZ, Joel. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública de México, 41 (6): 479-486, noviembre 1999.
9. SANDER, Jesús. Investigación en adolescencia: tópicos y tendencias contemporáneas. Revista latina de Psicología, 36 (3): 383-389, octubre 2004.
10. DELGADO, Irene, OLIVA, Alfredo y SANCHEZ, Inmaculada. Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. Anales de Psicología, 27 (1): 155-163, enero 2011.

11. MELIS, Francisca, DAVILA, María y ORMEÑO, Verónica. Estandarización del P.B.I (Parental Bonding Instrument), ve adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 39 (2): 132-139, abril 2001.
12. CASO, María. La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. Psicología y Salud Universidad Veracruzana, 16 (1): 65-73, junio 2006.
13. GOMEZ, Yvonne, VALLEJO, Victor y VILLADA, Johny. Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín Colombia. Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia, 6 (11): 65-73, julio 2010.
14. KRAUSKOPOF, David. El desarrollo psicológico de la adolescencia: las transformaciones en una época de cambio. Sexualidad en adolescencia, 1 (2): 15-21, julio 2006.
15. PAREDES, Roberto. Sobrepeso y obesidad en el niño y adolescente. Facultad de Medicina UNAM, 6(2): 21-28, abril 2011.
16. VEGA, Verónica, ROITMAN, Daniel. Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia. Facultad de Psicología-UBA-Anuario de investigaciones 18 (1): 381-388.
17. CASTELLANOS, Leonardo. Apego parental, vínculo con pares y su relación con el género y estrato. Chía Facultad de Psicología Universidad de la Sabana, 1 (1): 11-67, febrero 2011.
18. GONZALEZ, Pedro. Caracterización de la obesidad en los adolescentes. Revista Cubana de Pediatría, 81(1): 3-13, enero 2009.
19. CANO, Alicia. Desigualdades sociales en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. Anales de Pediatría, 73 (2): 241-248, marzo 2010.
20. GONZALEZ, Enrique. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y obesidad en una población de escolares de Granada España. Nutrición Hospitalaria, 27 (3): 177-184, julio 2010.

21. COLLIPAL, Ernesto. Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco Chile. International Journal of Morphology, 24 (4): 259-262, diciembre 2006.
22. VALDES, William. Estado nutricional en adolescentes, exceso de peso corporal y factores asociados. Revista Cubana de Endocrinología, 22 (4): 225-236, diciembre 2011.
23. LIMA, Yesenia. Sobrepeso en adolescentes y su relación con algunos factores sociodemográficos. Revista Cubana de Medicina General Integral, 28 (1): 26-33, enero 2012.
24. GUTIERREZ, Pablo. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. Atención Primaria, 39 (9): 597-603: septiembre 2007.
25. GONZALEZ, William. Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. Revista de Ciencias Sociales, 19 (2) : 120-130, abril 2013.
26. DIAZ, Diego. Obesidad Infantil, ansiedad y familia. Revista boletín clínico Hospital Infantil Sonora, 24 (1): 22-26, enero 2007.
27. VALENZUELA, Manuel. Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: rol de familia. Index de Enfermería, 22 (1): 11-22, febrero 2013.
28. OCAMPO, Patricia. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. SEMERGEN Medicina de Familia, 36 (4): 325-331, octubre 2010.
29. ROMERO, Miguel. Nutrición en adolescencia aspectos epidemiológicos y nuevas tareas. MEDWAVE, 7 (1)10:15, enero 2007.
30. ROMERO, Esmeralda. La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta. Medigraphic, 65 (8): 519-526, agosto 2008.
31. BARRERO, Andrés. Los estilos parentales en la etapa de adolescencia. Universidad la Sabana, 30 (1): 5-21, enero 2012.
32. CARRASCO, Daniela. Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales. Terapia Psicológica, 27 (3): 143-149, marzo 2009.

33. HEREDIA, Martha. Aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento en la crianza de los hijos adolescentes. Revista Educación y Desarrollo, 15 (2): 61-68, febrero 2010.
34. OLIVA, Antonio. Autonomía emocional durante la adolescencia. Infancia y Aprendizaje, 24 (4): 181-196, abril 2001
35. SANTELICES, Mercedes. Estudio de los estilos de apego en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Universidad Psicología Bogotá, 8 (6): 413-422, junio 2009.
36. PENAGOS, Alberto. Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes bogotanos. Universidad de Psicología Bogotá, 5 (1): 21-36, enero 2006.
37. VEGA, Víctor. Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia. Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. Facultad de Psicología UBA Secretaría de Investigación, 18 (3): 381-398, marzo 2011.