



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 48

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS
EN LA UMF 64 DEL IMSS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. REY MARTIN DAVID MARIN MIRAMONTES

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES

DRA. LIDIA ISELA ORDOÑEZ TRUJILLO
DR. JOSÉ MARIA CARDONA OROZCO

CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA FEBRERO 2017



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).

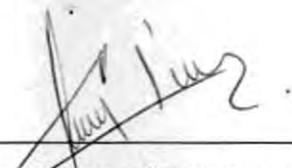
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES
DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.**

PRESENTA:

DR. REY MARTIN DAVID MARIN MIRAMONTES

ASESORES:

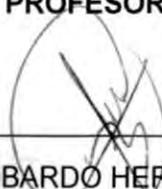


DRA. LIDIA ISELA ORDOÑEZ TRUJILLO
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 46



JOSÉ MARIA CARDONA OROZCO
Director de UMF 56

PROFESOR:



DR. JUAN LEOBARDO HERNÁNDEZ VILLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EM MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES

CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA

SEPTIEMBRE 2016

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES
DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES
DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.**

PRESENTA:

DR. REY MARTIN DAVID MARIN MIRAMONTES

AUTORIZACIONES:



**DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EM SALUD**

CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA

SEPTIEMBRE 2016

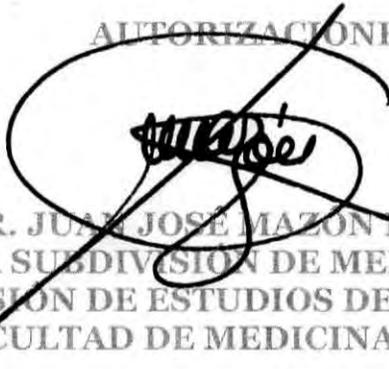
**"COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA
OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64
DEL IMSS"**

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

PRESENTA

DR. REY MARTIN DAVID MARIN MIRAMONTES

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZON RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

DEDICATORIA.

A Dios: porque siempre me ha brindado su apoyo y ha caminado conmigo a lo largo de todos los años de mi formación profesional y personal; ha estado conmigo en todas las situaciones de mi vida, me ha dado fuerzas y sabiduría para aprovechar las oportunidades que día a día se me presentan. Agradezco su presencia y apoyo sin Él esta etapa de mi vida no hubiera podido concluir.

A mi Esposa: Por estar ahí siempre apoyándome, por su paciencia y su gran amor; gracias por ayudarme a cumplir mis metas, por comprenderme, por cederme espacios para mi superación personal y por estar a mi lado todos estos años de gran esfuerzo y por las luchas y batallas que hemos ganado juntos con Dios como centro de nuestras vidas. Te amo.

A mi Hijos: Por ser la luz de mi vida, la motivación de cada uno de mis actos desde siempre, son la bendición más grande y el más hermoso regalo que me ha dado Dios; agradezco los espacios cedidos para poder cumplir con mis actividades durante estos tres años; los exhorto a prepararse con esfuerzo y dedicación profesionalmente para que tengan un gran futuro lleno de éxitos; con el apoyo de Dios.

A mi maestro: Dr. Juan Leobardo Hernández Villa, porque me brindó todo su apoyo, conocimiento, dedicación y paciencia.

A mis asesores de tesis: Por toda su orientación y apoyo; **Con agradecimiento especial a la Dra. Maria del Pilar Aragón González**

INDICE

1.	Resumen	8
2.	Introducción	9
3.	Marco teórico	10
3.1.	Definición de obesidad	10
3.2.	Diagnostico	10
3.3.	Etiología	11
3.4.	Estadísticas	12
3.5.	Tratamiento	13
3.6.	Cohesión y adaptabilidad familiar	15
4.	Justificación	17
5.	Planteamiento del problema	18
6.	Objetivos	18
7.	Metodología	20
7.1.	Diseño de estudio	20
7.2.	Población, lugar y tiempo de estudio	21
7.3.	Población de estudio	21
7.4.	Tipo y tamaño de muestra	21
8.	Criterios de selección	22
8.1.	Criterios de inclusión	22
8.2.	Criterios de exclusión	22
9.	Variables	22
9.1.	Dependiente	22
9.2.	Independientes	23

10.	Consideraciones éticas	27
11.	Recursos	28
12.	Resultados	29-38
13.	Conclusiones	39
14.	Discusión	40
15.	Recomendaciones	41
16.	Cronograma	42
17.	Carta consentimiento informado	43
18.	Cuestionario y Faces III	44
19.	Referencias bibliográficas	45
20.	Dictamen de autorización del CLIES	47

RESUMEN

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.

ALUMNO: Rey Martín David Marín Miramontes

ASESORES: Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo, Dr. José María Cardona Orozco

Introducción: Las tasas de obesidad y diabetes, junto con una serie de trastornos asociados, están aumentando rápidamente en gran parte del mundo; es un problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento.

En la obesidad se agrupan diversos trastornos heterogéneos. En cierta medida, la fisiopatología de la obesidad parece sencilla: un exceso crónico de consumo de nutrientes en relación con el gasto de energía.

La cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

Objetivos: Identificar la cohesión y adaptabilidad en familias ante la obesidad en mujeres de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS

Resultados: El grado de obesidad que más se encontró fue grado I en un 58.1 % y del total de mujeres con obesidad su familias presentan más frecuentemente una cohesión aglutinada en 55.7% (137 mujeres) de estas el 37.8% (93 pacientes) tienen una adaptabilidad rígida.

Palabras clave: Cohesión, adaptabilidad, obesidad en la mujer.

SUMMARY:

FAMILY COHESION AND ADAPTABILITY AGAINST OBESITY IN WOMEN AGED 20 TO 50 YEARS OLD AT UMF 64 IMSS

Author: Rey Martín David Marín Miramontes; Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo, Dr. José María Cardona Orozco

Introduction:

Obesity and diabetes rates, along with a number of associated disorders, are increased rapidly all around the world; this is a public health problem affecting the entire population, characterized by being a chronic disease, multifactorial, which involved genetic, metabolic, psychological and environmental factors contributing to the development of the disease.

Obesity involves various heterogeneous disorders. To some extent, physiopathology of obesity seems simple: a chronic excess of nutrient intake related with energy expenditure.

Cohesion, flexibility and communication are 3 dimensions mainly define family functioning. The cohesion refers to the degree of emotional union perceived by family members. Family flexibility is defined as the magnitude of roles, rules and leadership that experience family.

Objective: Identify cohesion and adaptability in families to obesity in women aged 20 to 50 years old at UMF 64 IMSS.

Results: The main degree of obesity found was class I with 58.1% and of the total of women with obesity their families have more often an enmeshed cohesion in 55.7% (137 women), of them 37.8% (93 patients) have a rigid adaptability.

Keywords: Cohesion, adaptability, obesity in women.

INTRODUCCIÓN:

En términos numéricos, en la actualidad nos encontramos en medio de la mayor epidemia jamás sufrida por los humanos. Las tasas de obesidad y diabetes, junto con una serie de trastornos asociados, están aumentando rápidamente en gran parte del mundo.¹

La obesidad, problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento. Su importancia epidemiológica se debe a que participa activamente en la fisiopatología de múltiples enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, neoplasia entre otras entidades.²

La prevalencia cada vez mayor de la obesidad lleva una mayor carga económica. Muchos estudios han cuantificado los costes médicos anuales y de por vida de la obesidad y han incluido tanto los costes actuales como los previstos, si existe un gradiente de costes cada vez mayores para las distintas clases de obesidad o grupos raciales y la supervivencia diferencial entre los individuos obesos y los de peso normal pueden influir en la estimación de los costes de la obesidad. Lo último es especialmente importante al estimar los costes de por vida atribuibles a la obesidad.³

Hasta hace poco se asumía que no existían diferencias por géneros en la fisiología y el metabolismo, o que no eran relevantes más allá del sistema reproductor; cada vez hay más pruebas científicas del dimorfismo sexual en la fisiología y en el metabolismo, que probablemente tiene importantes implicaciones en el desarrollo de nuevos abordajes de prevención, diagnóstico y tratamiento.⁴

Es importante considerar un abordaje desde el punto de vista de la Medicina Familiar; para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de una manera aceptable, estos cambios no siguen un patrón específico están dados por las propias características familiares.⁵

II. MARCO TEORICO:

Obesidad:

Es una enfermedad crónica de origen multifactorial con componentes genéticos y ambientales, manifestada por una alteración de la composición corporal en un aumento del compartimiento graso, acompañada principalmente de un incremento del peso corporal y supone un aumento considerable del riesgo de aparición de complicaciones o comorbilidades que afectan la calidad y la expectativa de vida. Se define a la obesidad como el aumento del tejido adiposo de más del 30% en mujeres. La NOM 174-SSA1-1998 especifica “a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo.”^{6,7}

Los trabajos publicados en diferentes épocas sobre tema de alimentación y nutrición se describen desde 1840; El interés existente desde principios del siglo XIX por aspectos de la nutrición normal, y quedó de manifiesto tras la revisión de los trabajos sobre dieta normal para diferentes grupos de población, en especial los niños y los trabajadores. Los trabajos sobre entidades nosológicas agrupadas como deficiencias nutricionales, obesidad han ocupado el tercer lugar en ocurrencia durante las etapas colonial y republicana.

La obesidad ha sido abordada en las publicaciones periódicas desde el mismo siglo XIX, a pesar de las condiciones desfavorables de salud que condiciona.^{6,8}

Diagnóstico:

La OMS y los National Institutes of Health definen el bajo peso como un índice de masa corporal (IMC, $\text{peso}/\text{altura}^2$) de 18,5 o menos, un peso normal como un IMC entre 18,5 y 24,9, el sobrepeso como un IMC entre 25 y 29,9, y la obesidad como un IMC de 30 o mayor. La obesidad también se clasifica según el IMC en clase I (30–34,9), clase II (35–39,9) y clase III (mayor de 40).

Aunque no es una medida directa de adiposidad, el método más utilizado para calibrar la obesidad es el índice de masa corporal (body mass index, BMI), que es igual al $\text{peso}/\text{talla}^2$ (expresado en kg/m^2) Otras formas de cuantificar la obesidad son la antropometría (grosor del pliegue cutáneo), la densitometría (peso bajo el

agua), la tomografía computadorizada (computed tomography, CT) o la resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI), y la impedancia eléctrica. Según los datos de las Metropolitan Life Tables, los BMI del punto medio de todas las tallas y estructuras corporales de los varones y mujeres oscilan entre 19 y 26 kg/m². Para un BMI similar, las mujeres tienen más grasa corporal que los varones. A partir de datos inequívocos de morbilidad importante, el BMI más utilizado como umbral de obesidad para varones y mujeres es igual a 30.

La obesidad es un padecimiento que produce y agrava una larga lista de enfermedades: hipertensión, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus II, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, disnea y fatiga, apnea del sueño, embolia pulmonar, síndrome de Pickwick, litiasis vesicular, esteatosis hepática, complicaciones obstétricas, incontinencia urinaria, hiperplasia y carcinoma endometrial, carcinoma mamario, carcinoma prostático, carcinoma del colon, hipogonadismo hipotalámico, complicaciones obstétricas, artritis degenerativa, insuficiencia venosa de miembros inferiores, hernias, propensión a accidentes; asimismo, hay con frecuencia depresión, aislamiento, y otros síntomas que afectan profundamente la vida diaria del paciente obesos .^{7,8,9}

Etiología:

En la obesidad se agrupan diversos trastornos heterogéneos. En cierta medida, la fisiopatología de la obesidad parece sencilla: un exceso crónico de consumo de nutrientes en relación con el gasto de energía. Sin embargo, debido a la complejidad de los sistemas neuroendocrinos y metabólicos que regulan la ingesta, almacenamiento y consumo energéticos, resulta difícil cuantificar todos los parámetros pertinentes a lo largo del tiempo.

Es frecuente observar familias enteras obesas, y la heredabilidad del peso corporal es similar a la propia de la estatura. Sin embargo, es difícil establecer dónde acaba la intervención de los genes y dónde comienza la de los factores ambientales. En relación con la obesidad, los hijos adoptivos suelen parecerse más a sus padres biológicos que a los adoptivos, lo que respalda claramente la participación de las influencias genéticas. De igual forma, los BMI de los gemelos

idénticos son muy similares, tanto si crecen juntos como si lo hacen separados, y guardan entre ellos una relación mucho más directa que los BMI de los gemelos dicigotos. Parece que los efectos genéticos influyen tanto en la ingesta de energía como en su consumo.

El ambiente desempeña un papel esencial en la obesidad, como lo demuestra el hecho de que la hambruna impide la obesidad incluso en las personas con mayor propensión a ella. Los genes influyen en la predisposición a la obesidad, cuando se conjugan con formas de alimentación específicas y la disponibilidad de nutrientes. Son importantes los factores culturales relacionados tanto con la disponibilidad como con la composición de la dieta y con las modificaciones del grado de actividad física. En las sociedades industrializadas, la obesidad es más frecuente en las mujeres pobres, mientras que en los países subdesarrollados lo es en las mujeres más ricas.¹⁰

Ciertas actividades, como ver televisión por varias horas, pueden fomentar el sedentarismo y la ingesta calórica, así como disminuir la actividad física, predisponiendo al sobrepeso y la obesidad, los que a su vez contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Existe cierto grado de correlación entre el sobrepeso y la obesidad con el tiempo que destinan a ver la televisión así como las dietas ricas en grasas.¹¹

Estadísticas:

Según datos de la OMS, se estima que cerca de 1 600 millones de adultos padecen de sobrepeso y que al menos 400 millones llegan a niveles de obesidad. En México, a Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT) 2006 indicó que la obesidad y el sobrepeso combinados estaban presentes en 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres. En México más de 50% de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad. Esta epidemia no excluye a las mujeres en edad reproductiva o embarazada. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva (20-39 años) se ha incrementado a más del doble en los

últimos 30 años, con lo que actualmente dos tercios de esta población presentan sobrepeso y un tercio obesidad.¹²

La obesidad se asocia frecuentemente con desórdenes mentales incluida la depresión y desorden bipolar; se encontró que el 67% de mujeres obesas presentaron depresión.¹³

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) De acuerdo al IMC propuesto por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos mexicanos de 20 años o más fue de 71.3%. La prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) en este grupo fue de 32.4% (IC95%=31.6, 33.3) y la de sobrepeso de 38.8%(IC95%=38.1, 39.6). La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%, IC95%= 36.5, 38.6) que en el masculino (26.9%, IC95%=25.7, 28.0), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.6%, (IC95%= 41.3, 43.8) y el femenino una de 35.5%, (IC95%= 34.5, 36.5). El grupo de edad que presentó la mayor prevalencia de obesidad es el de los adultos de 40 a 49 años (40.5% IC95%=38.8, 42.2), sin embargo en los grados más altos de obesidad (grado II y III) se observó una mayor prevalencia en los adultos de 50 a 59 años (14.3%, IC95%=12.8, 15.9). El grupo con mayor prevalencia de IMC normal fue el de los adultos de 20 a 29 años (43% IC95%=41.2, 44.8). La prevalencia de obesidad presenta diferencias por región geográfica y localidad siendo mayor en las localidades urbanas en comparación con las rurales y en la región norte del país en comparación con la del sur, centro y Ciudad de México; en Chihuahua se encontró una prevalencia de obesidad abdominal de 76.7%.¹⁴

La obesidad se asocia frecuentemente con desórdenes mentales incluida la depresión y desorden bipolar; se encontró que el 67% de mujeres obesas presentaron depresión

Tratamiento.

En el tratamiento de la obesidad, existen diferentes campos de acción: el dietético, ejercicio, fármacos, cirugía y tratamiento conductual.

En México se utilizaban dos fármacos: sibutramina y orlistat, los cuales, además de su alto costo, no estaban exentos de efectos colaterales, incluso la sibutramina fue retirada por causar complicaciones cardiovasculares. Dentro de los tratamientos quirúrgicos se encuentran: la gastroplastía y el bypass gástrico; el objetivo de ambas alternativas es la reducción de la capacidad gástrica, pero, aunque parecen ser efectivas, son riesgosas y onerosas

Ejercicio:

El ejercicio es una medida eficaz en el tratamiento contra la obesidad; se recomienda ejercitarse de 30 a 60 minutos al día de tres a cinco veces por semana. Esto podría facilitar bajar de peso y prevenir el “rebote”.¹⁵

Dieta:

La terapia dietética se basa en disminuir la ingesta de grasas saturadas e incrementar el consumo de frutas, verduras, fibra, además de una adecuada ingesta de proteínas. El cambio debe ser gradual, ya que los pacientes podrían desertar; lo más importante es fijar un objetivo práctico y realista. Se ha demostrado que tan sólo con perder un 5%-10 % del peso corporal se consiguen resultados médicos beneficiosos, como la mejoría de la “salud psicológica” del paciente y la disminución de la presión arterial y del nivel de hemoglobina glucosilada. Es importante discutir la dieta con el paciente ya desde un principio.

Las consecuencias del llamado “efecto yoyó” (adelgazamientos repetidos, seguidos de nuevos aumentos de peso) son un mayor índice de fracasos terapéuticos y una mayor dificultad de perder peso en el siguiente intento. Para perder cerca de 1/2 kg de peso, hay que gastar 3.500 kilocalorías (kcal). Con este objeto, el paciente ha de ingerir menos calorías o gastar más. Para conseguir una pérdida de peso prolongada, los pacientes han de comprender que se necesita un cambio de su actitud y de sus hábitos alimentarios durante toda la vida. La dieta es la piedra angular de cualquier programa para perder peso.¹⁶

El consumo adecuado de frutas y verduras trae beneficios a la salud de los individuos: disminuye el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer y otras

enfermedades crónicas, son antioxidantes, modulan enzimas destoxicantes, estimulan el sistema inmune, disminuyen la agregación plaquetaria, alteración del metabolismo del colesterol, modulan la concentración de hormonas esteroideas y del metabolismo hormonal, disminuyen la presión sanguínea, incrementan la actividad antiviral y antibacteriana.

Proporcionan mayor energía y capacidad para el deporte, y en las mujeres favorecen su apariencia física; mejoran el desempeño escolar, el estado físico y la autoestima.¹⁷

Cohesión y adaptabilidad familiar

Cohesión. Grado de atracción mutua que existe entre los miembros de la familia.

Este proceso afectivo tiene una relación directamente proporcional con el éxito familiar percibido por el propio núcleo, con la claridad de los objetivos familiares y la distribución de roles

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación ha permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta). Evalúa la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH.

Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.¹⁸

Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La *cohesión* se refiere al grado de unión emocional

percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.¹⁹

III. JUSTIFICACION

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) De acuerdo con los puntos de corte de IMC propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos mexicanos fue de 71.3%; fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino. El grupo de edad que presentó la mayor prevalencia de obesidad es el de los adultos de 40 a 49 años (40.5%).

La prevalencia de obesidad presenta diferencias por región geográfica y localidad siendo mayor en las localidades urbanas en comparación con las rurales y en la región norte del país en comparación con la del sur, centro y Ciudad de México; en Chihuahua se encontró una prevalencia de obesidad abdominal de 76.7%; La prevalencia cada vez mayor de la obesidad lleva una mayor carga económica. Muchos estudios han cuantificado los costes médicos anuales y de por vida de la obesidad y han incluido tanto los costes actuales como los previstos, si existe un gradiente de costes cada vez mayores.

La obesidad es un padecimiento que produce y agrava una larga lista de enfermedades: hipertensión, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus II, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, disnea y fatiga, apnea del sueño, embolia pulmonar, síndrome de Pickwick, litiasis vesicular, esteatosis hepática, complicaciones obstétricas, incontinencia urinaria, hiperplasia y carcinoma endometrial, carcinoma mamario, carcinoma prostático, carcinoma del colon, hipogonadismo hipotalámico, complicaciones obstétricas, artritis degenerativa, insuficiencia venosa de miembros inferiores, hernias, propensión a accidentes; asimismo, hay con frecuencia depresión, aislamiento, y otros síntomas que afectan profundamente la vida diaria del paciente obesos y sus familias por lo que es relevante conocer la funcionalidad de las familias ante este problema de salud y tener herramientas de intervención para establecer un manejo integral desde el punto de vista de la Medicina Familiar.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han detectado los hábitos alimenticios que en la actualidad, están afectados por el medio socio-económico-cultural-psicológico que rodea a las familias; en la población mexicana actualmente se consume un alto contenido de grasas saturadas, colesterol, proteínas, hidratos de carbono refinados y sal, en lugar de una dieta balanceada que garanticen un óptimo funcionamiento estructural y anatómico del cuerpo humano.

México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial es un problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento. Su importancia se debe a que participa activamente en la fisiopatología de múltiples enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, neoplasia entre otras entidades, alteraciones psicológicas y del estado de ánimo; sin dejar de lado los altos costes para las Instituciones y la propia familia al enfrentar una patología desencadenada por este problema.

Encontramos que el principal origen de este problema de salud inicia en los hogares por el tipo de alimentación establecida, por costumbres de alimentación y hábitos nocivos para la salud por lo que se considera de suma importancia estudiar la adaptabilidad y cohesión de la familia ante la obesidad en la mujer.

Por lo que se realizó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la cohesión y adaptabilidad familiar ante la obesidad en mujeres de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS?

VI. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la cohesión y adaptabilidad familiar ante la obesidad en mujeres de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1. Identificar la prevalencia de obesidad en mujeres de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS y su relación con cohesión y adaptabilidad familiar.

4.2.2. Identificar los grados de obesidad en mujeres de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS y su relación con cohesión y adaptabilidad familiar

4.2.3 Identificar la edad más frecuente de mujeres con obesidad de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS.

4.2.4. Identificar la ocupación más frecuente en mujeres con obesidad de 20 a 50 años en la UMF 64.

4.2.5 Identificar la escolaridad más frecuente en mujeres con obesidad de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS.

4.2.6 Identificar el estado civil más frecuente de mujeres con obesidad de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS.

VI. MATERIAL Y METODOS

6.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

6.2 LUGAR Y TIEMPO:

Se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.64 ubicada en la Ciudad de Juárez, Delegación Chihuahua. Está constituida por 7 consultorios, los cuales están disponibles en turno matutino y vespertino, contando con médicos adscritos a esa área. El estudio se realizó del 1 de abril del 2014 al 31 de enero del 2016.

6.3 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizó en una muestra de los pacientes seleccionados al azar con obesidad que cumplieron con los criterios de inclusión que aceptaron participar previa explicación y firma del consentimiento informado (anexo 1); se les aplicó un instrumento de medición tipo cuestionario ya validado por expertos denominado Faces III (Anexo 2) para conocer el grado de cohesión y adaptabilidad en las familias de los pacientes seleccionados al azar.

Se anexó cuestionario para conocer datos personales, datos generales del participante, como son nombre, edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la obesidad (Anexo 3).

Estadísticamente se observó la relación entre obesidad y cohesión y adaptabilidad familiar y las características personales de cada paciente, utilizando medidas para estudios descriptivos como frecuencia, media, moda, mediana, desviación estándar, X^2

El cuestionario utilizado fue: FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación ha permitido afinar tanto al Modelo Circumplejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta). Evalúa la manera en que se encuentran la cohesión y

adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. Los puntajes obtenidos han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas.

El cuestionario aplicado explorara los siguientes datos: edad, sexo, evolución y tratamiento de obesidad.

6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA: Se aplicó un cuestionario a una muestra no probabilística tomada al azar de las pacientes que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar de ambos turnos, que cumplieron con los criterios de inclusión en la UMF No 64 de Cd. Juárez Chihuahua.

6.4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 (p) (q)}{\beta^2}$$

$$\beta^2$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.80) (0.20)}{(0.05)^2}$$

$$(3.84)(0.16)$$

$$\frac{0.6144}{.0025}$$

$$0.6144 = 246$$

$$.0025$$

$$.0025$$

Donde N significa tamaño que es la cantidad de 246, P es la proporción, q es 1-p, β es precisión, para estudios descriptivos. **N = Tamaño** **p = Proporción** **q = 1-p**
 β = Precisión

6.5 Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 50 años de edad
- Con diagnóstico de obesidad marcada por índice de masa corporal de 30 kg/m² y más.
- Mujeres derechohabientes en la UMF 64 de ambos turnos
- Que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.
- Mujeres que acudieron a consulta en el periodo de estudio.

6.6 Criterios de exclusión:

- Pacientes con obesidad con menos de 20 años y más de 60 años de edad.
- Pacientes con comorbilidad asociada a obesidad
- Pacientes embarazadas al momento del estudio
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio

6.7 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes que no firmaron la carta de consentimiento informado.

6.8 Operacionalización y variables

6.8.1 Dependiente

6.8.1.1 Obesidad

Definición conceptual: Es una enfermedad crónica de origen multifactorial con componentes genéticos y ambientales, manifestada por una alteración de la composición corporal en un aumento del compartimiento graso, acompañada principalmente de un incremento del peso corporal

Definición operacional:

En este estudio se tomó el índice de masa corporal (IMC, peso/altura²) dado por la Clasificación internacional del paciente obeso: clase I (30–34,9 Kg/m²), clase II (35–39,9 Kg/m²) y clase III (40 Kg/m² o mayor).

Escala de Medición: Cualitativa

Tipo de Variable: Nominal

Estadística: Porcentajes, media, moda y mediana.

Indicador:

1. Obesidad clase I (30–34,9 Kg/m²)
2. Obesidad clase II (35–39,9 Kg/m²)
3. Obesidad clase III (40 Kg/m² o mayor).

6.8.2 Variables Independientes:

6.8.2.1 Cohesión y adaptabilidad

Definición conceptual: La **cohesión** es el grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La **Flexibilidad** familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

Definición operacional: El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema y será el resultado al aplicar el instrumento faces III a la población de estudio

Indicadores: A. **Cohesión:** 1. No relacionada (10-34), 2. Semirelacionada (35-40), 3. Relacionada (41-45), 4. Aglutinada (46-50).

Adaptabilidad: 1. Rígida (10-19), 2. Estructurada (20-24), 3. Flexible (25-28), 4. Caótica (29-50)

Escalas de medición: Nominal

Tipo: Cualitativa

Estadística: Proporción, porcentaje y frecuencias.

6.8.2 Independientes:

6.8.2.1 Ocupación:

Definición conceptual: Trabajo, puesto, empleo u oficio que desempeña la paciente.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó la ocupación que declare la paciente al momento de llenar el cuestionario.

Indicador:

1. Ama de casa
2. Obrera
3. Empleada
4. Profesionista
5. Comerciante

Escala de medición: Nominal

Tipo: Cualitativa

Estadística: Porcentaje, frecuencias.

6.8.3 Variables Universales

6.8.3.1 Edad:

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó la edad de 20 a 50 años que declare la paciente al momento de llenar el cuestionario.

Escala de medición: Discreta.

Tipo: Cuantitativa.

Estadística: porcentaje, desviación estándar, mediana.

Indicador: Años

6.8.3.2. Estado Civil

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se consideró el estado civil como el estado referido por la paciente

Indicador:

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

Escala de medición y tipo: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, X^2

6.8.3.3 Escolaridad

Definición conceptual: Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza; conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captó la escolaridad referida por el paciente en el cuestionario.

Indicador:

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta
4. Secundaria completa
5. Bachillerato o equivalente incompleto
6. Bachillerato o equivalente completo
7. Carrera profesional incompleta

8. Carrera profesional completa

Escala de medición y tipo: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, X^2

6.9 Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realizó de la siguiente manera: se utilizaron las medidas de mediana, porcentaje, promedio y desviación estándar. Se utilizó el software SPSS 18.0 con cruces de variables dependientes e independientes y correlacionar el grado de cohesión y adaptabilidad en mujeres con obesidad.

6.10 Consideraciones éticas

El siguiente estudio cumplió con los lineamientos bioéticas aceptados en los tratados de Helsinki y en otros tratados internacionales pues no se puso en riesgo a seres humanos, se guardó confidencialidad de los participantes, no existieron riesgos en la realización del mismo.

Se otorgó consentimiento informado al paciente explicándole que no existía riesgo alguno contra su integridad física ya que la aplicación del instrumento fue anónima.

Apegado al Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo).

Se otorgó un consentimiento informado por escrito a cada participante en base al art. 14 de la Ley General de Salud. (Ver Anexo 1).

6.11 Recursos humanos

6.11.1 Humanos:

Encuestador: alumno

Pacientes participantes en el estudio

6.11.2 Físicos:

Equipo de cómputo e impresión

Hojas tamaño carta

Plumas y Lápices

Tóner de impresión

Área física de consulta externa de la UMF 64

6.11.3 Financieros:

Autofinanciado por el alumno.

VII. RESULTADOS.

El grado de obesidad más frecuente encontrado fue, obesidad grado I en un 58.1% (143 mujeres), seguido de obesidad grado II en un 29.3% (72 mujeres) y por ultimo obesidad grado III en 12.6% (31 pacientes) del grupo de edad entre 20 a 50 años con una edad media de 37 años como se muestran en la tabla y gráfico 1, y tabla 2.

Tabla 1
GRADOS DE OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64

GRADOS DE OBESIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
obesidad grado I	143	58.1	58.1	58.1
obesidad grado II	72	29.3	29.3	87.4
obesidad grado III	31	12.6	12.6	100.0
Total	246	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2015

GRADOS DE OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64, Gráfico 1

■ obesidad grado I ■ obesidad grado II ■ obesidad grado III

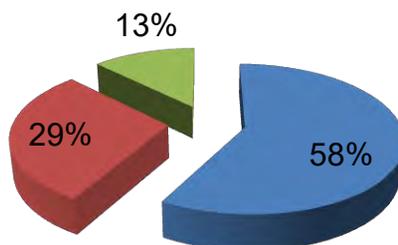


Tabla 2
EDAD MAS FRECUENTE CON PRESENCIA DE OBESIDAD EN LA UMF 64

EDAD	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD AL MOMENTO DEL ESTUDIO	246	20	50	37.59	8.656
N válido (según lista)	246				

Fuente: Encuesta 2015

Referente a la cohesión y adaptabilidad encontramos: del total de mujeres con obesidad su familias presentan más frecuentemente una cohesión aglutinada en 55.7% (137 mujeres) de estas el 37.8% (93 pacientes) tienen una adaptabilidad rígida; seguido de una cohesión relacionada en un 16.3% (40 pacientes) de las cuales la adaptabilidad más frecuente fue familia estructurada en un 5.69% (14 pacientes).

En cuanto a la adaptabilidad en el total de la muestra; la más frecuente fue familias rígidas en un 48.8% (120 pacientes) y en relación con la cohesión fueron las aglutinadas en un 37.8% (93 pacientes), seguido de familia caótica 16.3% (40 pacientes) y de estas su cohesión fue de 9.75% (24 pacientes). TABLA 3 y 4

TABLA 3
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN
MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.

Cohesión y adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No relacionada	35	14.2	14.2	14.2
Semirelacionada	34	13.8	13.8	28.0
Relacionada	40	16.3	16.3	44.3
Aglutinada	137	55.7	55.7	100.0
Total	246	100.0	100.0	
Rígida	120	48.8	48.8	48.8
Estructurada	58	23.6	23.6	72.4
Flexible	28	11.4	11.4	83.7
Caótica	40	16.3	16.3	100.0
Total	246	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2015

Tabla 4
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A
50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.

Obesidad en mujeres			Cohesión				Total
			No relacionada	Semi-relacionada	Relacionada	Aglutinada	
Grado I	Adaptabilidad	Rígida	1	6	9	57	73
		Estructurada	2	4	7	16	29
		Flexible	4	1	4	9	18
		Caótica	11	8	4	0	23
	Total	18	19	24	82	143	
Grado II	Adaptabilidad	Rígida	2	3	3	25	33
		Estructurada	1	0	7	15	23
		Flexible	1	3	2	0	6
		Caótica	8	1	1	0	10
	Total	12	7	13	40	72	
Grado III	Adaptabilidad	Rígida	0	2	1	11	14
		Estructurada	0	2	0	4	6
		Flexible	0	2	2	0	4
		Caótica	5	2	0	0	7
	Total	5	8	3	15	31	
Total	Adaptabilidad	Rígida	3	11	13	93	120
		Estructurada	3	6	14	35	58
		Flexible	5	6	8	9	28
		Caótica	24	11	5	0	40
	Total	35	34	40	137	246	

Fuente: Encuesta 2015

Referente a los grados de obesidad en relación con cohesión y adaptabilidad encontramos en obesidad grado I la cohesión fue familias aglutinadas en un 33.33% (82 pacientes) y de estas la adaptabilidad fue rígida con 57 pacientes un 23.17% del total de pacientes estudiadas. Tabla 5, grafica 1.

En cuanto a la obesidad grado II en relación con cohesión encontramos un porcentaje mayor familias aglutinadas en un 16.3% y de estas la adaptabilidad fue familias rígidas en un 10.16% (25 pacientes) del total de la muestra. Tabla 6, grafica 2.

En la obesidad grado III observamos una cohesión aglutinada en 15 pacientes (6.09%) y de estas la adaptabilidad fue rígidas en 11 pacientes. Tabla 5, grafica 3.

**TABLA 5
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES
DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.**

Obesidad en mujeres	Cohesión				Total
	NO RELACIONADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	
Grado I	18	19	24	82	143
Grado II	12	7	13	40	72
Grado III	5	8	3	15	31
Total	35	34	40	137	246

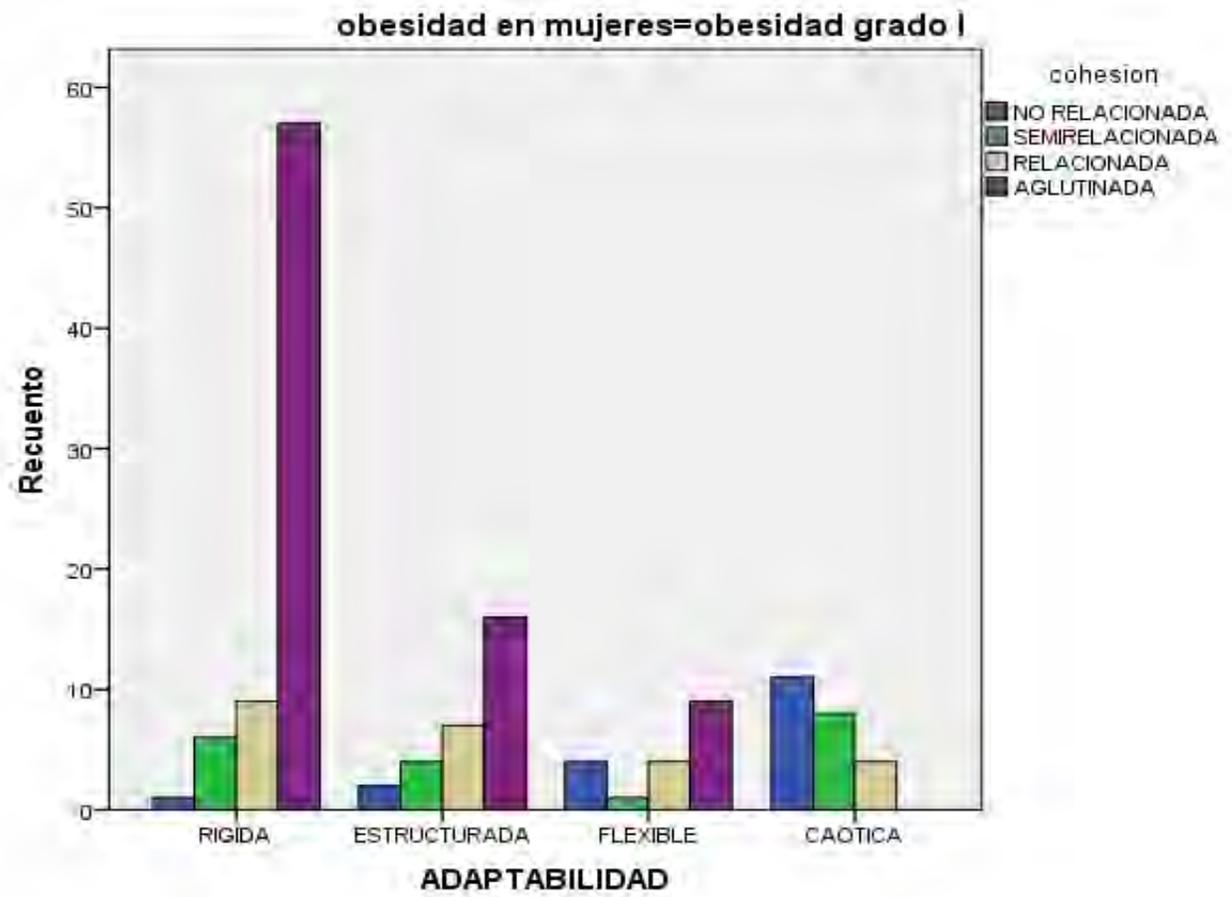
Fuente: Encuesta 2015

**TABLA 6
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES
DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.**

Obesidad en mujeres	Adaptabilidad				Total
	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA	
Grado I	73	29	18	23	143
Grado II	33	23	6	10	72
Grado III	14	6	4	7	31
Total	120	58	28	40	246

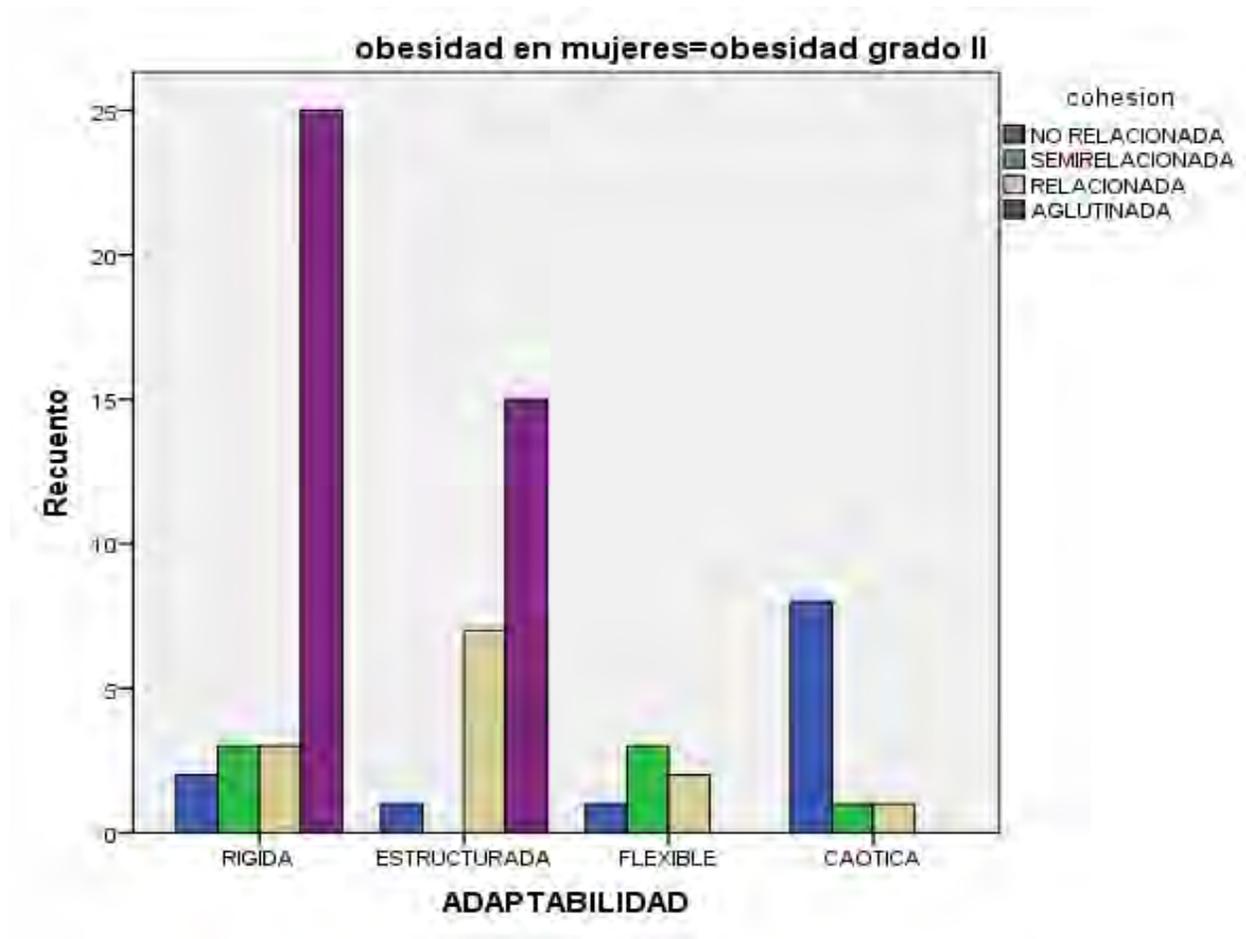
Fuente: Encuesta 2015

Grafica 2.



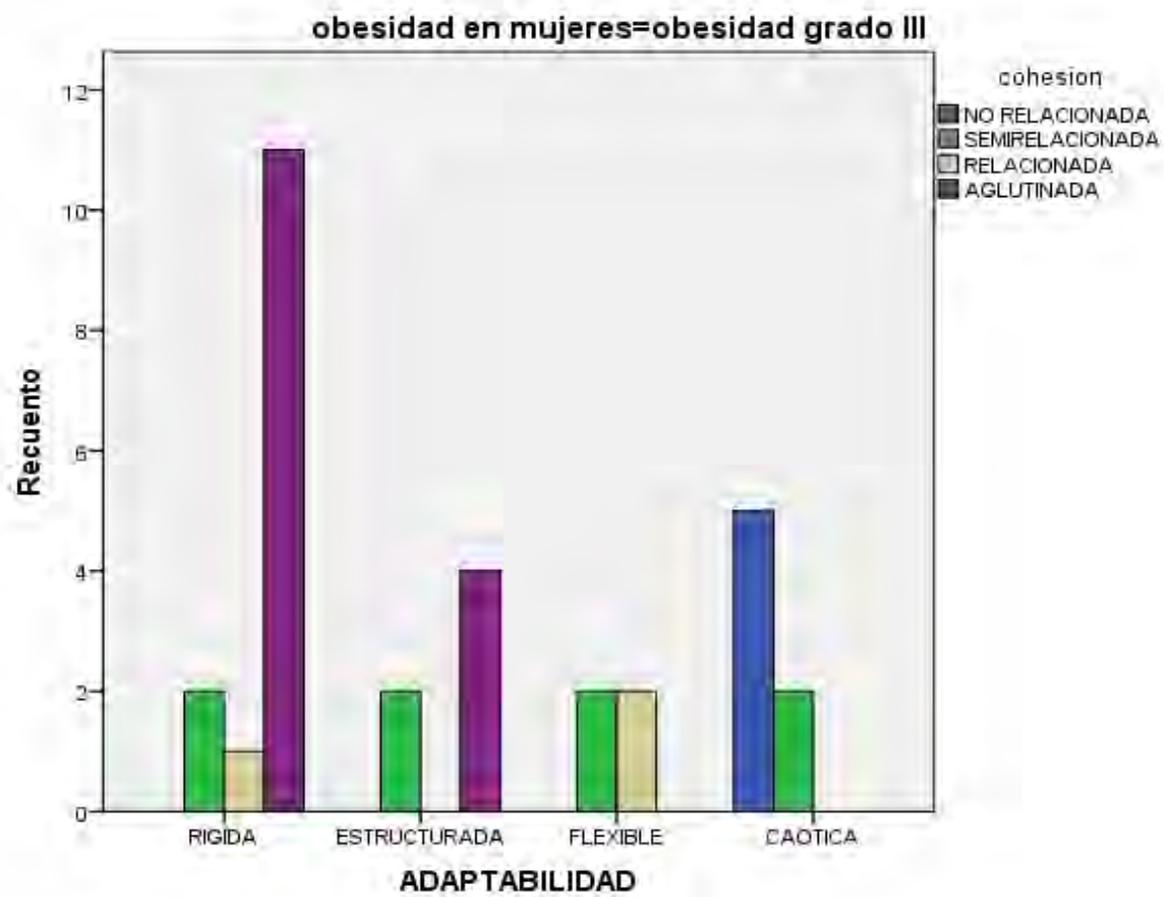
Fuente: Encuesta 2015

Grafica 3.



Fuente: Encuesta 2015

Grafica 4



Fuente: Encuesta 2015

En cuanto a la ocupación de las mujeres con obesidad encontramos que el 38% (94 pacientes) son amas de casa seguido de empleadas diversas en un 36.6% (90 pacientes) y por ultimo obreras en un 18.7% (46 pacientes). Tabla 7

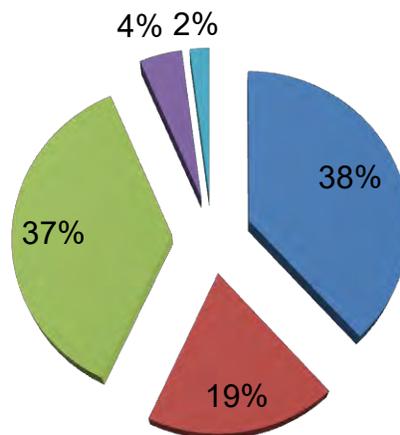
TABLA 7
OCUPACIÓN DE MUJERES DE 20 A 50 AÑOS CON OBESIDAD EN LA UMF 64

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	94	38.2	38.2	38.2
Obrera	46	18.7	18.7	56.9
Empleadas diversas	90	36.6	36.6	93.5
Profesionista	11	4.5	4.5	98.0
Comerciante	5	2.0	2.0	100.0
Total	246	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2015

OCUPACIÓN DE MUJERES DE 20 A 50 AÑOS CON OBESIDAD EN LA UMF 64, Gráfico 5

- Ama de casa
- Obrera
- Empleadas diversas
- Profesionista
- Comerciante



Fuente: Encuesta 2015

Referente al estado civil de mujeres con obesidad encontramos que el 52.4% (129 pacientes) son casadas, el 26.8% (66 pacientes) están en unión libre y 13.8% (34 pacientes) están en unión libre. Tabla 8

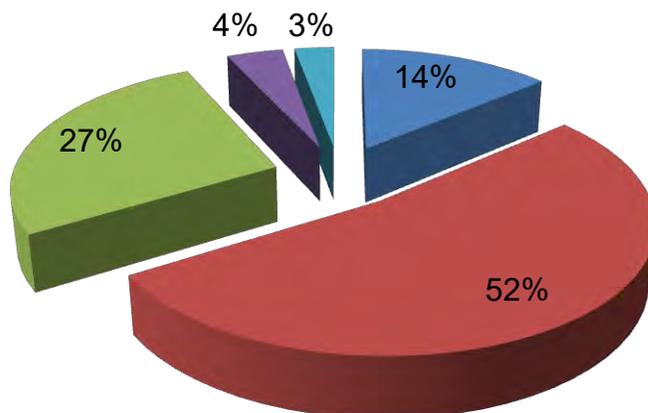
TABLA 8
ESTADO CIVIL DE MUJERES DE 20 A 50 AÑOS CON OBESIDAD EN LA UMF 64

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	34	13.8	13.8	13.8
Casada	129	52.4	52.4	66.3
Unión libre	66	26.8	26.8	93.1
Divorciada	10	4.1	4.1	97.2
Viuda	7	2.8	2.8	100.0
Total	246	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2015

ESTADO CIVIL DE MUJERES DE 20 A 50 AÑOS CON OBESIDAD EN LA UMF 64, Gráfico 6

■ Soltera ■ Casada ■ Unión libre ■ Divorciada ■ Viuda



Fuente: Encuesta 2015

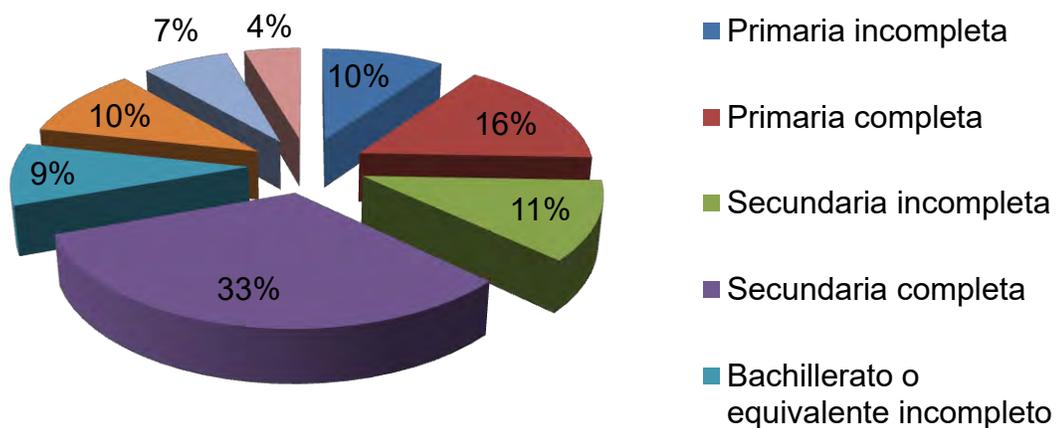
La escolaridad que presentaron las pacientes con obesidad fue secundaria completa en mayor porcentaje; 32.5% (80 pacientes), seguido de primaria completa en un 15.9% (39 pacientes) y después secundaria incompleta 11.4% (28 pacientes). Tabla 9

TABLA 9
ESCOLARIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS CON OBESIDAD EN LA UMF 64

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	24	9.8	9.8	9.8
Primaria completa	39	15.9	15.9	25.2
Secundaria incompleta	28	11.4	11.4	36.6
Secundaria completa	80	32.5	32.5	69.1
Bachillerato o equivalente incompleto	22	8.9	8.9	78.0
Bachillerato o equivalente completo	25	10.2	10.2	88.2
Carrera profesional incompleta	17	6.9	6.9	95.1
Carrera profesional completa	11	4.5	4.5	99.6
Total	246	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2015

ESCOLARIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS CON OBESIDAD EN LA UMF 64, Gráfico 7



Fuente: Encuesta 2015

VIII. CONCLUSIONES.

- El grado de obesidad más frecuente encontrado fue, obesidad grado I en un 58.1% de estas la cohesión fue familias aglutinadas en un 33.33% y la adaptabilidad fue rígida en un 23.17% del total de pacientes estudiadas
- En el total de pacientes con obesidad referente a la cohesión y adaptabilidad encontramos con mayor frecuencia cohesión aglutinada en 55.7% de estas el 37.8% presentaron una adaptabilidad rígida; seguido de una cohesión relacionada en un 16.3%.
- En cuanto a la adaptabilidad en el total de la muestra; la más frecuente fue familias rígidas en un 48.8%; en relación con la cohesión fueron las aglutinadas en un 37.8%, seguido de familia caótica 16.3% y de estas su cohesión fue de 9.75%.
- El porcentaje más elevado de pacientes con obesidad que fueron estudiadas; nos muestra que son familias con alto grado de dependencia, con un gran sentido de responsabilidad y normas más inflexibles.
- En cuanto a la ocupación de las mujeres con obesidad encontramos que el 38% son amas de casa seguido de empleadas diversas en un 36.6%.
- Referente al estado civil de mujeres con obesidad encontramos que el 52.4% son casadas y el 26.8% están en unión libre y 13.8%.
- La escolaridad más frecuentemente encontrada fue secundaria completa en un 32.5, seguido de primaria completa en un 15.9%.

VIX. DISCUSION.

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en uno de los factores de riesgo modificables más importante del país. En la actualidad en el 2012 71.3% de los adultos mexicanos padece esta condición, con una prevalencia ligeramente elevada en las mujeres; en nuestro estudio el grado de obesidad más frecuente fue; obesidad grado I en un 58.1% de estas la cohesión fue familias aglutinadas en un 33.33% y la adaptabilidad fue rígida en un 23.17% del total de pacientes estudiadas en la literatura no se reportan cifras exactas de la relación entre función familiar y obesidad solo se menciona que la mayoría son familias rígidas con problemas de adaptación familiar²⁰

En cuanto a la ocupación de las mujeres con obesidad encontramos que el 38% son amas de casa seguido de empleadas diversas en un 36.6% la literatura reporta a quienes realizan oficios del hogar tienen un riesgo 2,5 veces mayor y otros grupos con probabilidades aumentadas son los empleadores y los empleados formales y los grupos con menores probabilidades de obesidad son los desempleados; en nuestro estudio los comerciantes son los que presentaron en menor proporción algún grado de obesidad²¹

En nuestro estudio la proporción a las personas con nivel de escolaridad secundaria están más afectados que quienes tienen estudios universitarios; estos datos hacen visible un gradiente social de la obesidad en relación con el nivel educativo, al estrato social y los ingresos familiares como lo mencionan Álvarez, Carreño y Cols. En su estudio realizado en el 2012.

Por grupos de edad, la obesidad se incrementa sustancialmente: después de los 30 años como se reporta en la ENSAUT 2012 pasa de 7,4% en el grupo de 18 a 30 años a 16,7% en las personas de 31 a 44 años y 22,9% en quienes tienen entre 45 y 69 años; en nuestro estudio fueron incluidas mujeres de 20 a 50 años de edad observándose edad media de 37 años; como se menciona en la literatura es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida.

X. RECOMENDACIONES.

- A las autoridades de los tres niveles de gobierno para que trabajen sobre el entorno promotor de obesidad con cambios de entorno saludables principalmente en escuelas y centros laborales
- A las autoridades de los tres niveles de gobierno regular la mercadotecnia de alimentos y bebidas con altos contenidos calóricos y generar espacios seguros y agradables para estimular la práctica de la actividad física a toda la población.
- A las autoridades de los tres niveles de gobierno implementar una estrategia nacional, multisectorial; que aborde los determinantes de la obesidad en los diferentes contextos, que involucre todos los sectores y niveles y que incluya programas, acciones y políticas públicas y regulatorias que ofrezcan a la población opciones saludables tanto en dieta como en actividad física.
- A las autoridades de los tres niveles de gobierno; destinar más recursos al área de la salud en la prevención de esta enfermedad y sus complicaciones e impulsar la investigación en esta área.
- A las autoridades del Sector Salud para que implementen programas de prevención y promoción de la Salud.
- Al personal Médico del IMSS se exhorta a la revisión de literatura internacional sobre las causas de la obesidad, su interpretación y síntesis, la revisión de recomendaciones de la OMS y otros organismos internacionales, así como de experiencias nacionales e internacionales
- Al personal Médico del IMSS se exhorta a realizar estudios de investigación sobre la magnitud, distribución y tendencias de la obesidad y sus determinantes en México, el estudio de políticas y programas relevantes en la prevención de obesidad y a la adaptación de la evidencia a la situación de cada uno de sus entornos laborales.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AVANCE (PRIMER AÑO) 2014-2015	MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación, Marco teórico		X	X	X									
Planteamiento del problema, Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño.			X	X									
Material y métodos, Planteamiento del análisis estadístico			X	X									
Bibliografía y anexos , Registro en SIRELCIS y envío al CLIS				X	X								
Realización de modificaciones ; Terminarlas y re-envío al CLIS					X	X							
Autorización del protocolo por el CLIS							X						
Protocolo autorizado por el CLIS								X					
Entrega del dictamen a la CES									X				
Recopilación de datos 10%										X	X		
Recopilación de datos 20%												X	X
AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2015-2016	MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (30 %)		X	X										
Recopilación de datos (40 %)			X	X									
Recopilación de datos (50 %)				X	X								
Recopilación de datos (60 %)					X	X							
Recopilación de datos (70 %)						X	X						
Recopilación de datos (80 %)							X	X					
Recopilación de datos (90 %)								X	X				
Recopilación de datos (100%)									X	X			
Elaboración de base de datos										X	X		
Análisis estadístico											X	X	
Interpretación de resultados y conclusiones												X	X
AVANCE (TERCER AÑO) 2016-2017	MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de la tesis (25.0 %)		X	X										
Redacción de la tesis (37.5 %)			X	X									
Redacción de la tesis (50.0 %)				X	X								
Redacción de la tesis (62.5 %)					X	X							
Redacción de la tesis (75.0 %)						X	X						
Redacción de la tesis (100 %)							X	X					
Envío de la tesis a la CES								X	X				
Envío de la tesis a la UNAM									X	X			
Realización de modificaciones										X	X		
Envío de tesis modificada a la UNAM											X	X	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)
ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Junio 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la cohesión y adaptabilidad familiar ante la obesidad en mujeres de 20 a 50 años en la UMF 64 del IMSS
Procedimientos:	Estudio descriptivo transversal en el que se aplicara el instrumento de medición faces III
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar su calidad de vida individual y familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al momento de los resultados
Participación o retiro:	En el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No aplica
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Rey Martin David Marin Miramontes
Colaboradores:	Lidia Isela Ordoñez Trujillo, José Maria Cardona Orozco

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. FACES III, Versión Familiar, David. H. Olson

NUNCA CASI NUNCA ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
 1 2 3 4 5

1. () Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
2. () En nuestras familias se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
3. () Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. () Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
5. () Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
6. () Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
7. () Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que son de nuestra familia
8. () Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
9. () Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10. () Se ponen de acuerdo en relación con los castigos
11. () Nos sentimos muy unidos
12. () En nuestra familia los hijos toman las decisiones
13. () Cuando se toma una decisión importante, toda la familia este presente.
14. () En nuestra familia las reglas cambian
15. () Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. () Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. () Consultamos unos que otros para tomar decisiones
18. () En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19. () La unión familiar es muy importante.
20. () Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

CALIFICACIÓN:

Dimensión	Familia	Puntuación	Dimensión	Familia	Puntuación
Cohesión	No relacionada	10-34	Adaptación	Rígida	10-19
	Semi relacionada	35-40		Estructurada	20-24
	Relacionada	41-45		Flexible	25-28
	Aglutinada	46-50		caótica	29-50

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Newnham JP, Pennell CE, Lye SJ, Rampono J, Challis J. Orígenes de la obesidad en edades tempranas. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2010 36; 227-244.
- ² http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
- ³ Gavard JA. El coste sanitario de la obesidad en las mujeres. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36 (2009) 213–226
- ⁴ Magkos F. Mittendorfer B. Diferencias de género en el metabolismo lipídico y el efecto de la obesidad. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36 (2009) 245–265
- ⁵ Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V. México D.F. 2008.
- ⁶ Hernández M. López JA. Delgado G. Alimentación y Nutrición Humanas durante los siglos XVII a XX. *Rev.Cub Aliment Nutr* 2009; 19(1):164-172.
- ⁷ Harrison 16Ed. Principios de Medicina Interna, McGraw-Hill, Edición en Español, capítulo 64.
- ⁸ Alvarez Cordero R. Es mortal, se puede prevenir y controlar. *Revista de la Facultad de medicina de la UNAM*. 2010, Vol. 53, No. 3. 34-43
- ⁹ Yariv Y. Catalano PM. Embarazo y obesidad. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36 (2009) 285–300
- ¹⁰ Velez DR. Naj AC. Monda K. North KE. Neuhouser M. Magvanjav O. and cols. Gene-environment interactions and obesity traits among postmenopausal African-American and Hispanic women in the Women’s Health Initiative Share Study. *Hum Genet* (2013) 132:323–336
- ¹¹ Potericol JA. Ortiz AB. Loret de Molal C. Mirandal J. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. *Rev Salud Pública* 2012;46(4):610-16
- ¹² Zonana A. Baldenebro R. Ruiz MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud Pública México* 2010; 52:220-225.Villarreal TE. Garza
- ¹³ Molyneaux E. Poston L. Ashurst-Williams S. Howard LM. Obesity and Mental Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Obstetrics and Gynecology*, 2014, 123 (4).
- ¹⁴ Barquera S. Campos I. Hernández L. Pedroza A. Rivera JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública de México* 2013 55(2).

¹⁵ Gutiérrez RF. Méndez E. Ramírez JM. Intervención psicoeducativa en el tratamiento de la obesidad en un centro de salud de Nuevo León, México. *Atención Familiar* 2012;19(4)

¹⁶ Michael A.S. *Medicina de Familia Principios y Práctica*, Taylor, capítulo 53 Obesidad, pp.489-493

¹⁷ López SJ. Flores Y. Ávila H. Gallegos EC. Benavides RA. Cerda RM. Beneficios y Barreras Percibidos por Adolescentes Mexicanos para el Consumo de Frutas y Verduras. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*. Vol.59 no. 2, 2009.

¹⁸ Vargas C. Gómez F. Pérez R. Torres A. Cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica. *Atención Familiar* 2007;14(3)

¹⁹ Schmidt V. Barreyro J. Maglio L. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología* v.3 n.2 Málaga abr. 2010.

²⁰ Barquera S. Campos-Nonato I. Hernández-Barrera L and. Cols. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública Méx* 2013; Vol. 55(sup 2):151-160

²¹ Álvarez L. Goez-Rueda J. Carreño-Aguirre C. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 11 (23): 98-110, julio-diciembre de 2012.



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 27/08/2014

DR. REY MARTIN DAVID MARIN MIRAMONTES

P R E S E N T E

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

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ANTE LA OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS EN LA UMF 64 DEL IMSS.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2014-802-30

ATENTAMENTE

DR. (A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL