



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 Y 2 DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

**“GRADO DE OBESIDAD Y FUNCIONALIDAD EN
EL SUBSISTEMA CONYUGAL DE LA MUJER
EN EDAD REPRODUCTIVA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CARINA CAMACHO JUAREZ



ASESOR:
DR. RAÚL TOMAS ARRIETA PÉREZ

MÉXICO D.F.

2008



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.

AUTORIZACIONES

Dra. Elena A. Vilchis Guizar
Coordinador Delegacional de Investigaciones

Dra. Guadalupe Grañas Garnica
Coordinador Regional de Educación de Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de educación e Investigación en Salud
De la UMF 94

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular del Curso de especialización en
Medicina Familiar de la UMF 94

Dr. Tomas Raúl Arrieta Pérez
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en
Medicina Familiar de la UMF 94
Asesor de tesis

EXCELENCIA DE LA SABIDURIA

Porque Jehová da la sabiduria
Y de su boca viene el conocimiento y
La inteligencia
El prevee de una sana sabiduria a los rectos.
Cuando la sabiduria entrare a tu corazón
Y la ciencia fuera grata a tu alma,
La discreción te guardara;
Te preservará la inteligencia
Para librarte del mal camino
Hijo mio, esta atento a mis palabras,
Guárdalas en medio de tu corazón;
Porque son vida a los que hallan,
Y medicina a todo su cuerpo,
Sobre todo cosa guardada,
Guarda tu corazón;
PORQUE DE EL EMANA LA VIDA

PROVERBIOS 2:6-7,10-12

A VALERIA JOHANAN

Gracias a Dios por mi hija,
que me da alegría, y ganas de vivir,
que me abraza y me canta,
y me hace sonreír.
Que me apoya y me arroja
en todo momento,
Que me da su cariño,
sin condición.

A MIS PADRES Y ESPOSO

Sabiendo que jamas existira una forma
De agradecer en esta vida de lucha y superacion
Constante;
Deseo que mis ideales,
Esfuerzos y logros han sido tambien suyos,
Y constituye el legado más grande
Que pudiera recibir.
Con cariño, admiración y respeto.

CARINA

ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS	2
2. MARCO TEÓRICO	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
4. PREGUNTA DE INVEVSTIGACIÒN	13
5. HIPÓTESIS	14
6. OBJETIVO GENERAL	14
7. OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
8. DISEÑO DE ESTUDIO	14
9. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	14
10. UNIVERSO DE TRABAJO	15
11. POBLACIÓN ESTUDIO	15
12. MUESTRA	15
13. TIPO DE MUESTREO	15
14. TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
15. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	15
16. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	15
17. DESCRIPCIÓN Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO	16
18. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	17
19. DIFUSIÓN DEL ESTUDIO	17
20. RECURSOS DE ESTUDIO	17
21. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DEL ESTUDIO	18
22. CONSIDERACIÓN ÉTICA	18
23. RESULTADOS	19
24. ANALISIS DE RESULTADOS	20
25. CONCLUSIONES	22
26. SUGERENCIAS	23
27. CRONOGRAMA DE TRABAJO	24
28. BIBLIOGRAFIA	25
29. ANEXOS	27

“Grado de Obesidad y funcionalidad en el subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva”

Carina Camacho Juárez¹ Raúl Tomas Arrieta Pérez²

Antecedentes. La obesidad, incluyendo al sobrepeso es un estado premórbido, una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. Relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos (3). El 14.1% de las jóvenes entre los 20 y 24 años sufren esta enfermedad, problema que les afecta más directamente en su vida normal al verse expuestas frecuentemente al rechazo y a la marginación por parte de su pareja (13).

Objetivo. Comparar la funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva de acuerdo al grado de obesidad de esta.

Material y métodos Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal, prolectivo, en 90 mujeres en edad reproductiva, obesas, adscritas a la UMF No. 94 del IMSS, con pareja estable, quienes aceptaron participar en el estudio bajo consentimiento informado. Seleccionadas al azar de entre las asistentes a la consulta externa de la unidad. Fueron clasificadas de acuerdo al grado de obesidad con base en el índice de masa corporal y se aplicó instrumento de evaluación del subsistema conyugal para determinar su grado de funcionamiento Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para la diferencia entre los grupos. Así mismo se propuso un nivel alfa de 0.5.

Resultados: El promedio de edad en la muestra estudiada fue de 35 años ($s=7.2$), el 63% casadas, con grado de escolaridad secundaria en 37.8%, dedicadas al hogar. El 44.4% refirió haber tenido dos embarazos. La distribución de los grados de obesidad fue la siguiente: El 34.45% (31) con grado I, el 47.78% (43) con grado II, y el 17.78% (16) con grado III. Al medir el grado de funcionalidad del subsistema conyugal encontramos que en 23 casos (25.6%) el subsistema fue funcional, en 31 casos (34.4%) se observó disfunción moderada y en 36 casos (40%) la disfunción fue severa.

Se encontró con mayor frecuencia disfunción moderada en las pacientes con obesidad grado uno con el 41.94% (13 casos) del total de pacientes en ese grupo, la disfunción severa predominó en las pacientes con obesidad grados dos y tres con 39.54% (17 casos) y 68.75% (11 casos) en cada grupo respectivamente, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa $p=0.056$.

Conclusiones: El grado de obesidad predominante en las mujeres estudiadas fue el grado dos, en cuanto al grado de funcionalidad del subsistema conyugal encontrado predominó la disfuncionalidad severa. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de obesidad y el funcionamiento del subsistema conyugal.

❖ **PALABRAS CLAVE:** *Obesidad, mujeres en edad reproductiva, funcionalidad familiar.*

(1) Residente del tercer grado de la especialidad en medicina familiar

(2) Médico Familiar. Profesor adjunto de la especialidad en medicina familiar. Asesor de tesis

MARCO TEORICO

La palabra obesidad deriva del latín OBESUS que significa “persona que tiene gordura en demasía”. Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo, es manifestada por un exceso del 20% del peso ideal esperado para la edad, talla y sexo (1). Es una enfermedad multifactorial compleja que se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente; es un problema de desequilibrio de nutrientes, traducido en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa que los requeridos para satisfacer las necesidades energéticas y metabólicas del individuo; por lo tanto es el resultado del aumento del tamaño y número de células grasas (adipositos) (2).

La norma oficial mexicana (NOM 174-SSA1-1998) define a la obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos (3).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la identificación de los trastornos del peso a través del índice de masa corporal (IMC) conocido también como índice de Queletet, el que se obtiene de dividir el peso de la persona entre el cuadrado de su talla, su interpretación se da a partir de los siguientes resultados: desnutrición ($< \text{o} = 17 \text{ Kg./m}^2$), bajo peso (17.1 a 20 Kg./m^2), peso normal (20.1 a 25 Kg./m^2), sobrepeso (25.1 a 27 Kg./m^2), Obesidad 1° (27.1 a 29.9 Kg./m^2), Obesidad 2° (30.0 a 39.9 Kg./m^2) y Obesidad 3o (40 Kg./m^2 en adelante).

La obesidad constituye un problema de salud pública, es uno de los padecimientos epidémicos de los países desarrollados. En países en desarrollo la población más afectada es la clase baja. Se estima el número total de obesos en más de 300 millones de personas, distribuidos a todo lo largo y ancho del planeta, con una mayor frecuencia en países desarrollados y un incremento en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. (4,5).

Hay una mayor incidencia de obesidad en mujeres que en hombres, obviamente debido a factores hormonales, genéticos y psicológicos. La etapa de la vida en la que las mujeres tienden a aumentar de peso va de los 40 a los 50 años, que corresponde a la época del climaterio y de la menopausia, debido a cambios hormonales, retienen mas agua, acumulan más grasa y se vuelven más sedentarias. (6,7).

En los últimos años por imitación y consumo de alimentos con alto valor energético ha incrementado su frecuencia en México. En las últimas 2 décadas, la obesidad tuvo un incremento de más del 30%, aumento ligeramente mayor que en los Estados Unidos de Norteamérica. En la Encuesta Nacional de Salud de México de 1988 el 35.1% de las mujeres fueron clasificadas con obesidad o sobrepeso (18.7% y 16.4% respectivamente) (3).

Para el año de 1999, el 52.5% de las mujeres fueron clasificadas con obesidad o sobrepeso, correspondiendo el 21.7% a la obesidad y 30.8% a sobrepeso.

Y en la Encuesta Nacional de Salud de México 2000 reporta que los niveles de sobrepeso y obesidad en la mujer de 20 a 59 años fue de 36.1%, y 28.1% respectivamente; y en el hombre del mismo grupo etáreo fue de 40.9% y 18.6% respectivamente. (8).

Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32671 millones sin contar a los niños (9). La obesidad contribuye a un número cercano a 200.000 muertes por año en nuestro país.

De acuerdo a un análisis realizado sobre la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 (ENN-99) y la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENS-2000) con relación a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tomando en cuenta los puntos de corte del IMC establecido por la OMS se encontró que: la frecuencia de desnutrición fue de 1.5 %, de sobrepeso 39.4 % y de obesidad 26.1 %. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de obesidad: 30.9 % versus 21.2 %; y los hombres, mayor sobrepeso: 42.8 versus 36.1 %. La región geográfica más afectada fue el norte del país. El índice de masa corporal fue más elevado en personas con menor escolaridad.

Lo cual indica que las frecuencias del sobrepeso y obesidad en población derechohabiente del IMSS son mayores a las reportadas en la ENSA-2000 para la población general (8).

La etiología de la obesidad es multifactorial. Se consideraba que la obesidad era el resultado directo de un estilo de vida sedentario, además de la ingestión crónica de exceso de calorías, en la actualidad son importantes los aspectos psicológicos. Estos son la causa principal en algunos casos, aunque también hay fuertes influencias genéticas en el desarrollo de la enfermedad (5,10)

Una de las causas de este problema es la sedentarización de las actividades humanas en los últimos cien años, en tanto que la nueva industria alimentaría ha logrado que las personas se guíen más por sus sentidos que por sus necesidades (6,11). Aunque la obesidad puede ser el resultado de la deficiencia de un gene definitivo involucrado en la regulación del balance energético y a pesar de esta sólida evidencia, la epidemiología de la obesidad está dada fundamentalmente por el estilo de vida (12).

El criterio para diagnosticar la obesidad según la OMS y NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como la relación del peso corporal en Kg. entre la estatura en m², es el indicador mas utilizado para establecer el diagnóstico tanto en el ámbito clínico como epidemiológico.

En México se considera Obesidad a un IMC mayor o igual a 27

Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (OMS y NOM)

FUENTE	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD		
				GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
NOM					MAYOR IGUAL A Kg./m ²	O 27
OMS	<18.5 Kg./m ²	18.5 - 24.9 Kg./m ²	> 25.0 Kg./m ²	30.0 Kg./m ²	- 34.9 Kg./m ²	35.0 - 39.9 >40 Kg./m ²

La clasificación de un sujeto como obeso esta dada por puntos de corte que se han asociado a una prevalencia mayor de riesgo para la salud, enfermedad o muerte. La mayor mortalidad se ha identificado en aquellos sujetos con IMC mayores a 25, incrementándose en un 50% el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular con un IMC > 30.

De acuerdo a la más reciente clasificación de la obesidad en adultos declarada por la OMS se establece el diagnóstico según este índice a partir de los siguientes puntos de corte establecidos de acuerdo con el riesgo asociado para la salud de la población, por lo que dicha clasificación será utilizada para el estudio de investigación presentado.

Clasificación	IMC(Kg./m ²)	Riesgo asociado para la salud
Bajo peso	< 18.5	Bajo, pero el riesgo de otros problemas clínicos se incrementa
Peso Normal	18.5-24.9	Normal
Sobrepeso	25.0-29.9	Incrementado
Obesidad Clase I	30.0-34.9	Moderadamente incrementado
Obesidad Clase II	35.0-39.9	Gravemente incrementado
Obesidad Clase III	≥ 40.0	Muy gravemente incrementado

Para nuestra población es importante resaltar que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad y el Grupo de Consenso en Obesidad de la Fundación Mexicana para la Salud se establece como punto de corte un IMC >27 y >25 para población con talla baja (150 cm. para mujeres y 160 cm. para hombres). Cabe mencionar que para definir el riesgo asociado a obesidad también es importante identificar la distribución de la grasa (3).

El 24% de las mujeres que tiene problema de sobrepeso u obesidad sufre de trastornos psicológicos, el Comité de Depresión de la SSA, revela que esta grave enfermedad no solo afecta físicamente al paciente, sino también deteriora su calidad de vida y su dinamismo social (13).

La población femenina con obesidad es la más afectada en este sentido, ya que la obesidad se presenta como una de las principales causas de origen de diversos trastornos psicológicos en la mujer (13).

Cabe mencionar que las mujeres entre los 40 y 50 años de edad son las más afectadas por la obesidad al registrar un 42.7% del padecimiento, dicho porcentaje, combinado con los trastornos psicológicos reduce notablemente su esperanza de vida ⁽¹³⁾.

Por otra parte el 14.1% de las jóvenes entre los 20 y 24 años sufren también esta enfermedad, problema que les afecta más directamente en su vida normal al verse expuestas frecuentemente al rechazo y a la marginación por parte de su pareja ⁽¹³⁾.

Se dice que la mayor parte de los obesos son personas con rasgos neuróticos, que comen excesivamente como una forma de reducir su ansiedad.

Werkman Greenberg, en un estudio con mujeres obesas, indica que son más inmaduras, menos capaces de controlar sus impulsos, más propensas a sufrir depresiones y menos imaginativas y ambiciosas que las no obesas, sin embargo, no es posible establecer una fórmula psicodinámica general para los obesos ⁽¹⁴⁾.

El comer adquiere las proporciones de una adicción; otros comen en exceso para evitar angustia relacionada con el sexo y con la responsabilidad del matrimonio.

Algunos comen en exceso en respuesta a tensiones emocionales inespecíficas. Otros comen no solo en respuesta a tensiones o frustraciones transitorias, sino en forma persistente, como una gratificación en situaciones desagradables, en un tercer grupo el exceso en el comer es síntoma de una enfermedad emocional subyacente, frecuentemente la depresión. El cuarto grupo el exceso tiene proporciones de adicción se caracteriza por un anhelo compulsivo de comer ⁽¹⁴⁾.

Desde el punto de vista de la edad de inicio, los obesos pueden ser juveniles o adultos. Hay personas que se tornan obesas en la infancia o en la adolescencia, y otras que se hacen obesas después de la adolescencia. Casi la mitad de los obesos juveniles y de edad madura sufren distorsiones de la imagen corporal y del concepto de sí mismos; además se encuentran desadaptados en las relaciones interpersonales y sexuales ⁽¹⁴⁾.

Podremos esperar una alta coincidencia de obesidad y trastornos emocionales entre mujeres, en estas personas la sicopatología parece no tener relevancia en cuanto a la obesidad.

El rechazo social y de la pareja principalmente, así como el rompimiento de su dinamismo, obliga a las mujeres a ir en busca del estereotipo femenino desde el punto de vista estético, orillando a la paciente a consumir sustancias y medicamentos para adelgazar no validadas, que producen en ocasiones efectos graves ⁽¹⁴⁾.

La obesidad tiene ciertas complicaciones como son: ⁽¹⁴⁾

❖ Problemas sexuales:

- Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica).
- Compulsividad e impulsividad sexual.
- Problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

- ❖ Problemas psicológicos:
 - Miedo e inseguridad personal.
 - Pérdida de la autoestima.
 - Desorden de conductas alimentarias.
 - Perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos.
 - Distorsión de la imagen corporal.
 - Tristeza e infelicidad.
 - Ansiedad, frecuente en niños, por pseudomicrope y pseudo ginecomastia.
 - Depresión.
 - Frigidez e impotencia.
- ❖ Problemas sociales:
 - Angustia por presión social frente a su obesidad.
 - Angustia por presión social frente a su adelgazamiento.
 - Aislamiento social.
 - Dificultades para vestir, usar transportes públicos...
 - Sobreprotección familiar.
 - Rotura del núcleo familiar o de la pareja.

La familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera; es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo es evidente que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos. (15).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas como la de marido-mujer, madre e hijo, hermano y hermana pueden ser diferencialmente subsistemas: conyugal, parental o fraterno.

1. *El subsistema conyugal*: Se constituye cuando dos personas de sexo diferente se unen con la intención de constituir una familia; posee tareas y funciones específicas para el funcionamiento de la familia. Sus principales cualidades son la complementariedad y la acomodación mutua.

Los miembros de la pareja conyugal conforman también el subsistema parental, en donde sus funciones son las de protección, cuidado, afecto y socialización de sus hijos.

1. *El subsistema parental*: Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. Se refiere a la relación entre quienes tienen a su cargo la crianza y la socialización de los hijos. Este subsistema cambia a medida que los niños se desarrollan, aumentan sus capacidades y cambian sus necesidades.

2. *El subsistema fraterno*: Se refiere a la relación entre hermanos. Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar la cercanía-distancia, las relaciones jerárquicas o simétricos (entre iguales) y los límites con otros subsistemas. Permiten que los niños aprendan a apoyarse mutuamente y a resolver conflictos.

Según el Dr. Víctor Chávez Aguilar el análisis de funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

***RELACION DE PAREJA**: Debemos afirmar que la pareja no se forma con el matrimonio formal desde el punto de vista de su funcionalidad sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja.

***FUNCIONES CONYUGALES**: Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos sino una pareja que sabe como manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten, las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

- a. Función de comunicación: debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja, sus características son: clara, directa, congruente.
- b. Función de adjudicación y asunción de roles: la pareja se adjudica roles que son necesarios en la familia y dependiendo como se asumen esos roles se reflejan en mayor funcionalidad y disfuncionalidad, las características que deben evaluarse son: congruencia, satisfacción y flexibilidad.
- c. Función de satisfacción sexual: en la pareja la gratificación sexual es importante para llevar acabo otras funciones, aunque pocas veces es explicado la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene.
- d. Función de afecto: evalúa manifestaciones físicas, calidad de convivencia, reciprocidad.
- e. Función de toma de decisiones: evalúa el tener toma de decisiones conjunta y de forma individual ⁽¹⁶⁾.

La información y orientación a las parejas resulta tranquilizante para ambos, una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges; se propone evaluar esta función a través de la frecuencia de la actividad sexual y satisfacción.

La evaluación de la funcionalidad conyugal se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas, dicha evaluación se ha basado en la teoría sistémicas. La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos basados en la investigación y son apoyados en tres elementos fundamentales: propósito de su creación, naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se puede tener de esta medición. (Anexo 3).

Se proponen también algunos indicadores para evaluar cada una de las funciones por medio de escala de evaluación del subsistema conyugal (anexo 4). La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se

propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total como sigue:

- 0 – 40= pareja sumamente disfuncional
- 41 – 71= pareja moderadamente disfuncional
- 71 –100= pareja funcional

Esto permite al médico familiar discriminar y canalizar a terapia familiar a las parejas severamente disfuncionales y abordar dichas áreas detectadas. (16).

EDAD REPRODUCTIVA: según la NOM 005-SSA2-1993 de planificación familiar, dicho término se refiere a la etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. Esta por lo tanto va desde los 15 años hasta los 49 años (17).

En la Ciudad de México en 1995, Hernández y col., realizaron un estudio en donde su objetivo principal fue estimar el riesgo de presentar sobrepeso entre mujeres en edad reproductiva de acuerdo con algunas características demográficas. Se analizaron datos recolectados en la Encuesta Nacional de Nutrición en 1988 sobre 15 811 mujeres en edad reproductiva. Se estimaron razones de prevalencia (RP) de sobrepeso e intervalos de confianza de acuerdo con las variables de interés.

Los resultados fueron que las mujeres en edad reproductiva, la prevalencia de sobrepeso es mayor para las de la región norte y de la Ciudad de México (RP= 1.21, IC 95% 1.10-1.34 y RP= 1.16, IC 95% 1.05-1.28).

Esta prevalencia está asociada negativamente con la escolaridad de las mujeres y positivamente con el número de nacidos vivos que hayan tenido. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La obesidad constituye un problema de salud grave, la OMS reconoce que 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad, Los estudios epidemiológicos muestran que el 55% de la población adulta, presenta sobrepeso y el 22% es obeso. En las últimas 2 décadas, la obesidad se ha incrementado en más del 30% en México. En la Encuesta Nacional de Salud de 1999, el 52.5% de las mujeres fueron clasificadas con obesidad o sobrepeso (21.7% y 30.8% respectivamente).

El Instituto Mexicano del Seguro Social cubre a la población asalariada del país, lo cual representa cerca del 60% de toda la población nacional y en los últimos años se ha visto un incremento en la demanda de atención médica por obesidad y diabetes en forma alarmante, se estima que cerca del 25% de los asegurados por el Instituto padecen obesidad y que ésta predomina en las mujeres, aunque no en la gran proporción señalada por las estadísticas norteamericanas para la población México-americana. (19)

El 24% de las mujeres que tiene problema de sobrepeso u obesidad sufre de trastornos psicológicos, el Comité de Depresión de la SSA, revela que esta grave enfermedad no solo afecta físicamente al paciente, sino también deteriora su calidad de vida y su dinamismo social.

Las mujeres entre los 40 y 50 años de edad son las más afectadas por la obesidad al registrar un 42.7% del padecimiento.

Por otra parte el 14.1% de las jóvenes entre los 20 y 24 años sufren también esta enfermedad, problema que les afecta más directamente en su vida normal al verse expuestas frecuentemente al rechazo y a la marginación por parte de su pareja. (13)

Entre las complicaciones de la obesidad se encuentran la disminución de la libido, frigidez o impotencia, así como disminución de la autoestima.

JUSTIFICACIÓN:

El subsistema conyugal es la base sobre la cual se desarrolla el sistema familiar por lo que es de vital importancia para el médico de familia el conocimiento de todos los factores que se constituyan en una amenaza para el buen funcionamiento de este.

Actualmente existe una gran variedad de terapias útiles como son nutrición y dietología, ejercicio, o bien medicina alternativa (como lo es homeopatía, acupuntura,) para el tratamiento de esta, lo cual aunado a un conocimiento pleno del funcionamiento del subsistema conyugal permitirá al médico familiar una mayor capacidad para comprender y manejar las alteraciones de este subsistema en forma integral favoreciendo un mejor funcionamiento del paciente y su familia.

La UMF no. 94 cuenta con un total de mujeres en edad fértil (20 a 49 años) derechohabientes de 32,981, de los cuales se encuentran registradas como consultas subsecuentes y de primera vez un total de 414 con obesidad. Dicha alteración se encuentra entre los 25 principales diagnósticos en esta unidad.

Aún no se tienen datos sobre la funcionalidad del subsistema conyugal de la paciente obesa en edad reproductiva por lo que, con el fin de aportar conocimientos que incrementen las herramientas con que el médico familiar trabaja para proporcionar a sus pacientes un manejo integral basado en el conocimiento, bajo la ética y políticas de salud institucional, establecemos la siguiente **pregunta de investigación:**

¿La funcionalidad del subsistema conyugal difiere de acuerdo al grado de obesidad de la mujer en edad reproductiva?

HIPOTESIS:

La funcionalidad del subsistema conyugal es diferente de acuerdo al grado de obesidad de la mujer en edad reproductiva

OBJETIVO GENERAL:

Comparar la funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva de acuerdo al grado de obesidad de esta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el grado de obesidad en las mujeres obesas en edad fértil adscritas a la UMF 94.
2. Determinar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal de las mujeres obesas en edad fértil de la UMF 94.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Observacional, transversal, prolectivo, comparativo.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variables de estudio:

- ❖ Funcionalidad del subsistema conyugal
- ❖ grado de obesidad

Variables universales

- ❖ Estado civil
- ❖ Ocupación
- ❖ Escolaridad
- ❖ Edad

Variables confusoras:

- ❖ Gestas

(VER CUADRO ANEXO)

UNIVERSO DE TRABAJO:

Mujeres obesas en edad reproductiva

POBLACION DE ESTUDIO:

Mujeres obesas en edad reproductiva, derechohabientes del IMSS, adscritas a la UMF # 94.

MUESTRA:

Mujeres obesas en edad reproductiva, derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF # 94 que acudan a la consulta externa de medicina familiar de la unidad.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia

DETERMINACION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Con ayuda del programa EP-info con una población actual de mujeres en edad reproductiva en la unidad adscritas a la UMF # 94 es de 32,981 un nivel de confianza del 95% y una prevalencia del 24% y un peor esperado del 15% se obtuvo un tamaño de muestra de 86 mujeres a lo cual agregamos el 20% por posibles perdidas para un total de 103 sujetos de estudio.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA:

El investigador principal procedió a invitar de manera personalizada a las posibles candidatas, en la sala de espera de la UMF: 94, de las derechohabientes que se encontraron en espera de consulta o como acompañantes y que cubrieron los criterios de inclusión, informándoles el objetivo del estudio y aquellas que aceptaron a participar se les solicitó con firmaran su participación mediante la firma del consentimiento bajo información (Anexo 1). Posteriormente se les invitó a pasar un consultorio en el servicio de medicina preventiva para toma de peso y talla así como aplicación de instrumento de medición establecido.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Mujeres entre 15 y 49 años.
- Con índice de masa corporal superior o igual a 30
- Adscritas a la UMF No. 94 del IMSS.
- Que tengan pareja estable.
- Obesidad 5 años después de la unión conyugal.
- Que acepten participar en el estudio
- Que conteste ella y su pareja los cuestionarios completos

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Portadoras de enfermedades cronicodegenerativas como diabetes mellitus, cardiopatías.
- Con antecedentes de menopausia posquirúrgica.
- Ingesta de medicamentos que disminuyan la libido como antidepresivos principalmente los que recapturan la serotonina.

DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Anexo 2: Corresponde al instrumento de evaluación triaxial de la funcionalidad familiar, en el apartado correspondiente EJE-II *disfunciones en subsistema familiar.: “subsistema conyugal”*, de construcción cerrada, di y policotómica, sin categoría fija de respuesta, tiene 11 ítem, en el se identifican las siguientes disfunciones:

DISFUNCIÓN MARITAL

1. Disfunción marital complementaria(19-20)
2. Disfunción marital conflictiva(15,16,17)
3. Disfunción marital dependiente(18)
4. Disfunción marital desvinculada(21,22,23)
5. Disfunción marital por incompatibilidad(24,25)

Anexo 3Y 4: Se propone la utilización de la Escala de Evaluación del subsistema conyugal, la cual fue realizada por el Dr. Víctor Chávez Aguilar, (16) en el año 1994, la cual consta de dos elementos (cuadros), el primero consiste en un cuadro de evaluación del subsistema conyugal que contiene los parámetros, calificaciones y porcentajes que representan de cada indicador. Se ha probado en varios estudios posteriores en tesis de postgrado de medicina familiar (once años), sin embargo no se ha realizado la validez interna del mismo.

El segundo elemento se denomina Escala Evaluativa, se aplica de manera dirigida por el investigador, requiere ser durante la entrevista, investiga aspectos cuali-cuantitativos de las funciones del subsistema conyugal, contempla las siguientes: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones, con sus respectivas calificaciones y porcentaje, tiene una opción tipo liker (nunca, ocasional y siempre), con calificación conforme al dominio que explora, así se tiene las siguientes funciones:

- 30% comunicación, calificación: 0 – 5 – 10
- 15% Adjudicación y asunción de roles: 0 – 2.5 – 5
- 20% Satisfacción sexual: 0 – 5- 10
- 20 % Afecto: 0 – 2.5 – 5
- 15% toma de decisiones 0 – 7.5 - 15

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis estadístico de la información obtenida se usó la utilización de estadística descriptiva mediante el empleo de media, desviación estándar y rango en las variables de corte cuantitativo y proporciones en las de tipo cualitativo.

Para determinar la significancia estadística de las diferencias entre las categorías de las variables de estudio debido a que se tienen más de dos categorías y se encuentran en escala de medición ordinal se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis. Así mismo se propuso un nivel alfa de 0.5.

Para determinar la influencia de la variable confusora sobre los resultados se usó la prueba estadística de Kruskal Wallis debido a que se pretendió estudiar una variable de tipo cuantitativo en escala de medición de razón con distribución no normal de la muestra.

Finalmente para analizar las diferencias en la percepción de la funcionalidad de acuerdo con el sexo del integrante de la pareja se empleó la prueba de J_i^2 de homogeneidad considerando que se tienen dos grupos de acuerdo al sexo con una variable criterio de tipo cualitativa dicotómica.

DIFUSION DEL ESTUDIO

La difusión del trabajo de investigación se llevó a cabo por medio de sesión general establecida en la UMF 94 (unidad sede). También se envió a publicación en la Revista Médica del IMSS o relacionada con la Medicina Familiar.

RECURSOS DEL ESTUDIO:

1. FÍSICOS:

- a. Sala de espera de la consulta externa de la UMF #94 del IMSS.
- b. Aulas de la UMF #94 del IMSS.
- c. Consultorios de la UMF #94 del IMSS.

2. MATERIALES:

Hojas bond, lápices, gomas, equipo de cómputo, impresoras, sabana de exploración, bata para la paciente (exploración).

3. FINANCIEROS: Los del propio investigador.

4. HUMANOS: El investigador.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez que se aprobó el protocolo por el Comité Local de Investigación se informó a los jefes de departamento clínico de la Unidad, del inicio del trabajo de campo de la investigación, para tener acceso a la población y áreas programadas.

Posterior a la integración de la muestra conforme se describió en el apartado correspondiente, una vez que la paciente aceptó participar, se le otorgó el formato de consentimiento informado (anexo 1), para recabar su rúbrica, inmediatamente después el participante contestó el anexo 2 en la misma área, el tiempo para el llenado del mismo fue acorde a las necesidades de cada participante, se le proporcionó lápiz para ello. Posteriormente se le invitó a pasar al módulo de fomento de la salud, donde fue pesada y medida para obtener su índice de masa corporal.

Finalmente el investigador aplicó la escala evaluativa del subsistema conyugal (anexo 3), lo cual se llevó a cabo en aproximadamente 30 a 45 minutos, conforme a los parámetros que marca la escala, el investigador responsable, determinó la funcionalidad del subsistema conyugal. En caso de que la participante deseara conocer los resultados de la evaluación, se le indicó comunicarse de manera directa con la investigadora (Dra. Carina Camacho Juárez, residente de la especialidad de medicina familiar, en el aula 2 de la UMF. 94), teniendo comunicación directa con el mismo en un lapso no mayor de 8 días, en el horario de 14:00 a 14:30 los días viernes; para ello se anotó en el formato de evaluación nombre o pseudónimo, para efectos de retroalimentación personalizada. Los resultados obtenidos fueron vaciados en la hoja de recolección de datos elaborada en ex profeso. (ANEXO 3-A, 3-B). El análisis de datos se efectuó utilizando el programa computacional SPSS V. 13.0)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio considera los elementos marcados respecto a la ética en la Declaración de Helsinki; fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 1º, 2º, fracción VII, 3º fracción IX, 100, 101, 102, 103 y demás relativo a la Ley General de Salud(22) en sus artículos: 13,14,17 y 20.

Se considera una investigación sin riesgo, ya que la maniobra solo considera en aplicar una encuesta de auto aplicación y una guiada por el investigador, sin ostentar contra el pudor, ética o moral de las participantes.

Se aplican los principios de beneficencia, ya que se evaluará el aspecto psicológico y afectivo de la paciente, en relación a su sistema familiar en el ámbito del subsistema conyugal; el de equidad ya que todos pueden participar, el de justicia, ya que se le manera la libre participación, retiro e información bajo consentimiento informal y el respeto a la autonomía de la paciente.

RESULTADOS:

Durante los meses de noviembre de 2006 a enero de 2007 se entrevistaron un total de 103 mujeres seleccionadas de entre las asistentes a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 94, quienes cumplieron con los criterios de selección preestablecidos. De estas fueron excluidas 13 debido a que el integrante masculino de la pareja se negó a participar en el estudio.

Las características sociodemográficas de las participantes se muestran en el cuadro 1; de ellas destacan los siguientes datos: el promedio de edad fue de 35 años ($s= 7.2$ años) con un rango de 24 a 49 años. El 63% (57 casos) son casadas, el grado de escolaridad predominante fue el nivel secundaria con el 37.8% (34 casos). En cuanto al número de embarazos un 44.4% (40 casos) refirieron haber tenido 2 embarazos.

Con relación a las variables de estudio la distribución de los grados de obesidad fue la siguiente:

El 34.45% (31 casos) se encuentran con grado I, el 47.78% (43 casos) con grado II, y el 17.78% (16 casos) con grado III.

Al medir el grado de funcionalidad del subsistema conyugal, mediante la Escala de Evaluación del subsistema conyugal, encontramos que en 23 casos (25.6%) el subsistema fue clasificado como funcional, en 31 casos (34.4%) se observó un subsistema con disfunción moderada y en 36 casos (40%) la disfunción fue severa (cuadro 2).

El cuadro dos muestra la distribución de la funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo con el grado de obesidad de la participante en el destaca:

Una mayor frecuencia de disfunción moderada se observó en las pacientes con obesidad grado uno con el 41.94% (13 casos) del total de pacientes en ese grupo, mientras que la disfunción severa predominó en las pacientes con obesidad grados dos y tres con 39.54% (17 casos) y 68.75% (11 casos) respectivamente, del total de los integrantes en cada grupo $p= 0.056$.

Por otra parte los subsistemas conyugales clasificados como funcionales tuvieron una mayor frecuencia de presentación en las pacientes clasificadas con obesidad grado uno y en forma descendente en las de obesidad grado dos y tres, $p=0.53$.

Dentro de la disfunción conyugal de acuerdo con el grado de obesidad, se observó: Una mayor alteración en la función de asunción de roles con 83.87% de los casos (26) para el grado de obesidad uno, mientras que en el grupo con obesidad grado dos la satisfacción sexual fue la función alterada con mayor frecuencia 90.7% (39 casos) y en el grupo de obesidad grado tres se encontraron alteradas asunción de roles, satisfacción sexual y afecto con la misma frecuencia 93.75% (15 casos). En tanto que la función

menos afectada coincidió en los tres grupos, siendo esta, la toma de decisiones con 54.84%, 55.82% y 68.75% para el grado uno, dos y tres de obesidad respectivamente.

La evaluación del subsistema conyugal mediante el empleo del sistema de clasificación Triaxial (figura 1), en el apartado correspondiente, mostró un mayor número de parejas con disfunción, al relacionar la clasificación de la disfunción con el grado de obesidad observamos que en las parejas con participantes obesas en grado uno predominó la disfunción de tipo complementaria con 41.9% (13 casos) de los casos en ese grupo, mientras que el tipo menos frecuente fue el de disfunción por incompatibilidad con el 16.1% (5 casos); en el grupo con obesidad de segundo grado encontramos mayor frecuencia en la disfunción de tipo conflictiva con 53.3% (23 casos) de los casos en ese grupo mientras que los tipos de disfunción dependiente, por desvinculación y por incompatibilidad ocuparon el mismo porcentaje con 23.3% (10 casos) de los casos para cada uno. Las pacientes con obesidad grado 3 mostraron una distribución de frecuencia de acuerdo con el tipo de disfunción en la que la disfunción conflictiva ocupó el mayor porcentaje con 62,5% (10 casos) de los casos en ese grupo en tanto que el porcentaje más bajo se observó en la disfunción de tipo dependiente con el 12.5% (2 casos) de los casos con ese grado de obesidad.

Con relación al integrante masculino de la pareja, pudimos observar que en el 38.8% (35 casos) predominó la percepción de disfunción moderada, y que la función mayormente afectada fue la de toma de decisiones con el 76.6% (69 casos), mientras que la menor alteración 45.5% (41 casos) se encontró en la asunción de roles. (Cuadro 4)

Al comparar la percepción de la funcionalidad de acuerdo con el sexo (cuadro 4) observamos que las mujeres perciben mayor funcionalidad en la función de toma de decisiones 42.23 % (38 casos), mientras que esta misma función es percibida por el sexo masculino como la más frecuentemente alterada con 73.33% (66 casos) $p=0.00009$. Por otra parte mientras que las mujeres refieren con más frecuencia alteración en la función de asunción de roles con 86.66% (78 casos) para los hombres esta es la función que perciben más frecuentemente con funcionamiento adecuado 48.33 % (43 casos) $p<0.0001$.

ANALISIS DE RESULTADOS:

En los datos obtenidos con relación a las características sociodemográficas de los sujetos de estudio observamos que el promedio de edad de la mujer es de 35 años, con rango de 24 a 49 años, similar a lo reportado en la encuesta realizada en el año 2003 por el INEGI a mujeres en edad reproductiva (23).

En cuanto al estado civil predominaron las casadas, con escolaridad secundaria y de ocupación el hogar; y refiriendo en su mayoría 2 embarazos. Siendo estos resultados similares a los reportados por la epidemióloga Laura Torres en un estudio realizado en derechohabientes embarazadas del IMSS durante el año 2005 CMN S. XXI ⁽²⁴⁾.

La clasificación del grado de obesidad que presentaron las mujeres estudiadas mostró una distribución en la que predomina el grado dos, en contraste con lo encontrado por la Dra. Leticia Huerta quien observó que el grado con mayor frecuencia es el grado I lo cual alerta sobre el recrudecimiento de esta pandemia. ⁽²⁵⁾

En cuanto a la funcionalidad conyugal en el total de la muestra encontramos, que las parejas funcionales se presentaron en menor porcentaje, que las disfuncionales y en estas últimas predominó la disfunción severa, esto sugiere que la obesidad es un factor de suma importancia en la alteración de la funcionalidad del subsistema conyugal más aún si comparamos nuestros resultados con las alteraciones en la funcionalidad conyugal observadas en asociación con otros factores como el sobre uso de la consulta de medicina familiar analizada por Salazar-Colin, quien observó mayor porcentaje de parejas funcionales, habiendo mayor disfunción moderada y en menor frecuencia la disfunción severa. ⁽²⁶⁾

Aunado a lo anterior encontramos que, al analizar la distribución de la funcionalidad de la pareja conyugal con relación al grado de obesidad, la disfunción severa fue más frecuente en los grados dos y tres con predominio en este último, contrario a lo que esperábamos no obtuvimos significancia estadística en esta diferencia.

El análisis de cada indicador de la funcionalidad del subsistema conyugal se muestra que independientemente del grado de obesidad y de la afección en otros indicadores, la toma de decisiones fue constantemente percibida como la función con menor afectación, nosotros suponemos que las características culturales de nuestra población favorecen la aceptación de la preponderancia del hombre en la toma de decisiones lo cual es percibido como un comportamiento normal.

Sin embargo estamos de acuerdo con las ideas de Mc Master el cual refiere que, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional ⁽²⁷⁾.

Sabemos que los factores que influyen en el funcionamiento de la pareja conyugal son múltiples por lo cual en forma secundaria analizamos la percepción del funcionamiento conyugal de acuerdo con el sexo encontrando que en la mayor parte de las funciones estudiadas las mujeres refieren una mayor afectación en comparación a lo percibido por el hombre, la excepción a esto se presentó en la toma de decisiones donde la percepción de disfuncionalidad fue mayor en los hombres.

Consideramos que esta diferencia en las apreciaciones tiene su explicación en los cambios actuales en los roles de los miembros de la pareja en nuestra sociedad en la que la inclusión de la mujer en la vida laboral y la duplicación de roles con la consiguiente ambigüedad de los mismos, es sin duda otra fuente de conflictos.

La posibilidad de que la mujer pueda regular la natalidad, la libera, al menos en parte, de sus tradicionales roles de esposa, madre y ama de casa. Esto afecta la estructura de la jerarquía familiar, la relación hombre mujer se hace más igualitaria y se atenúan las diferencias de roles. La falta de acuerdo sobre el manejo del poder, es una importante fuente de conflictos en la relación. (El poder ha sido definido desde diversos ámbitos, pero desde la psicología sistémica, se distribuye en todo el sistema, incluso en los miembros que aparentemente más débiles a través del llanto, la enfermedad, el alcohol, el alejamiento sexual, la culpabilización del otro, (28) Los problemas originados en deficiencias en la comunicación, pueden ser de tal magnitud y trascendencia que pueden poner en peligro toda la estructura del sistema pareja.(28)

CONCLUSIONES

El grado de obesidad predominante en el grupo estudiado fue el grado dos y con relación a la funcionalidad conyugal hubo mayor frecuencia de disfunción severa.

Al comparar el grado de funcionalidad conyugal de acuerdo al grado de obesidad, se observó un predominio de la disfunción severa en los grados dos y tres mientras que en el grado uno predomina la disfunción moderada. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el grado de obesidad y el grado de disfunción.

Finalmente del análisis de cada una de las funciones del subsistema conyugal, se obtuvo mayor alteración en asunción de roles y menor alteración en toma de decisiones.

La percepción del funcionamiento del subsistema conyugal de acuerdo al sexo fue distinta.

SUGERENCIAS:

Debido a que la obesidad en la mujer, no solo repercute en su salud, sino también repercute en el aspecto social y psicológico y en la relación de la pareja, es de gran importancia continuar fomentado el control de peso con ayuda del servicio de nutrición y dietología, la realización de ejercicio con la formación de grupos de autoayuda para la obesidad de la mujer.

Con relación a la disfunción conyugal que presenta la mujer obesa es de suma importancia que el médico familiar no solo ponga atención a los problemas de salud relacionados a la misma obesidad sino también, a las alteraciones relacionadas con la pareja, para dar una atención más integral con apoyo multidisciplinario, tomando en cuenta los diversos servicios, como son: trabajo social, psicología y hasta del servicio de psiquiatría de ser necesario, con la finalidad de que las mujeres obesas con disfunción conyugal, puedan modificar esa disfunción a funcionalidad, y así, por que no, mejorar su calidad de vida.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

CRONOGRAMA DE TRABAJO

● = Realizado X = Programado

ACTIVIDADES/MES	2005		2006												2007	2008
	MAR	-DIC	EN	FE	MA	AB	MAY	JU	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE DIC	ENE MAR
1.- Elaboración del proyecto de investigación	X	X														
2.- Entrega al comité de investigación para revisión	●	●							X	X						
3.- Aprobación por el Comité de investigación										X	X					
4. Realización de actividad de campo											X	X				
5. Análisis de información													●			
6. Elaboración de resultados y conclusiones														●		
7. Difusión de los resultados																X

BIBLIOGRAFÍA

1. Svarch GA. Obesidad. Revista mexicana de puericultura y pediatría. 2005;10 (57):23-25.
2. Hernán DC. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Revista salud pública y nutrición. 2002; 3 (3): 8-13.
3. NOM 174-SSA1-1998 manejo integral de la obesidad. Rev. Méd. IMSS 2000; 38(5):397-403.
4. Rossner S. Obesity, the disease of 21th century. Int J Obes 2002;26 (Suppl 4): S2-S4.
5. Panamerican Health Organization (PAHO). Health in the Americas. Washington DC. Panamerican Health Organization. Scientific publication # 569:12-5
6. Bray GA. Contemporary diagnosis in management of obesity. New-Town Pa. Handbook in health care, 1998: 21-5
7. Tierney Lawrence M Jr, Mc Phee Stephen J, Papadakis Mocine A. Current: Medical Diagnosis and Treatment; Internacional Edition, Ed. Lange; 2000. p. 1222-1225.
8. Gómez D.H. et al. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta de Salud 2000. Gaceta Médica de México 2004;140 (2): 15-18.
9. Sánchez P.C. et al. Epidemiología de la obesidad. Gaceta Médica de México 2004;140 (2):34-38.
10. Papadakis MA. Tierney LM Jr. Diagnóstico clínico y tratamiento. 37ª ed. México: Manual moderno; 2002. p. 1242-1246.
11. Stevens J et al. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. N Engl J Med 1998;338:1.
12. Chipurt R. Et al. La obesidad en el siglo XXI. Avances en etiopatogenia y tratamiento. Gaceta Médica de México 2001;137 (4): 28-33.
13. [www. Xenical.com.mx/obesidad_trastorno_psicologico](http://www.Xenical.com.mx/obesidad_trastorno_psicologico).
14. De la fuente R. Psicología médica. 2ª ed. México: Fondo de cultura económica; 1994. p. 543-550.
15. Gómez-Clavelina FJ Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de medicina familiar 1999;1(2):45-57.
16. Chávez A V. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Méd. IMSS (México) 1994;32:39-43.
17. NOM 005-SSA2-1993. [www. Salud.gob.mx](http://www.Salud.gob.mx).
18. Hernández B, Pekerson, et al. Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años en México. Salud Pública (México) 1996; 38:178-188.
19. Zarate A, Valencia M. La obesidad ha pasado de la cosmética a un problema de salud. Rev. Méd. IMSS 2004; 42(3):239-245.
20. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/1060/43/>
21. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_oct_2k3.htm
22. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
23. <http://www.inegi.gob.mx>

24. Torres A P. Condiciones de trabajo y salud durante el embarazo en la mujer derechohabiente del IMSS. *Genero y salud en cifras (México)* 2003;3(1):10-19.
25. Huerta Morfin Leticia. Frecuencia, factores de riesgo y grado de obesidad en trabajadores de la salud en el HGZ / UMF 1 (tesis). México. 2004
26. Salazar-Colin E. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta en pacientes hiperutilizadores. *Archivos de medicina familiar.* 2005;7(2):45-48.
27. Pareja. [Http://www.facmed.unam.mx/pibc/](http://www.facmed.unam.mx/pibc/)
28. El arte de construir pareja.
<http://www.ecovisiones.cl/información/psicología/ciclo de vida>

ANEXOS

CUADRO DE VARIABLES:

❖ VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
GRADO DE OBESIDAD	Intensidad del exceso de peso por arriba del 20% del peso esperado de acuerdo a la talla.	Índice de masa corporal superior a 30 Clasificado en niveles de acuerdo a los puntos de corte establecidos por la OMS	Peso Talla	Cualitativa	Ordinal	Obesidad Grado I = 30 a 34.9 Obesidad Grado II = 35 a 39.9 Obesidad Grado III ≥ 40

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las que atraviesa.	La funcionalidad del subsistema conyugal se evaluará a través de la escala de evaluación del subsistema conyugal y clasificándolo de acuerdo a la puntuación obtenida		Cualitativa	Ordinal	Pareja funcional. 71-100 puntos Pareja moderadamente disfuncional. 41-70 puntos Pareja severamente disfuncional. 0-40 puntos

			<p>Comunicación. Será clasificada como adecuada cuando sea siempre clara, congruente y directa (30 puntos de acuerdo a la escala aplicada) e inadecuada cuando no cumpla con algunos de estos tres parámetros (menos de 30 puntos)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>Adecuada (30 puntos)</p> <p>Inadecuada (menos de 30 puntos)</p>
			<p>Adjudicación y asunción de roles. Será considerado adecuada cuando se lleve a cabo siempre de manera congruente, satisfactoria y flexible alcanzando 15 puntos en la escala aplicada e inadecuada cuando no cumpla con alguno de estos tres parámetros obteniendo un puntaje inferior a 15 puntos.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>Adecuada (15 puntos)</p> <p>Inadecuada (menos de 15 puntos)</p>
				<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>Adecuada (20 puntos)</p> <p>Inadecuada</p>

			<p>Satisfacción sexual. Será considerada adecuada cuando cumpla siempre con las condiciones de calidad y frecuencia obteniéndose 20 puntos de acuerdo a la escala e inadecuada cuando no cumpla siempre con alguno de estos dos parámetros obteniendo una puntuación menor a 20 de acuerdo a la misma escala.</p> <p>Afecto. Será considerado adecuado cuando cumpla siempre con los parámetros de manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad obteniéndose una puntuación de 20 en la escala aplicada. E inadecuada cuando no cumpla siempre con alguno de estos parámetros y se</p>	Cualitativa	Dicotómica	<p>(menos de 20 puntos)</p> <p>Adecuada (20 puntos)</p> <p>Inadecuada (menos de 20 puntos)</p>
--	--	--	--	-------------	------------	--

			<p>obtenga por tanto una puntuación menor a 20 en la escala.</p> <p>Toma de decisiones Será considerada adecuada cuando las decisiones sean siempre tomadas en forma conjunta adjudicándose 15 puntos según la escala evaluativa.</p>	Cualitativa	Dicotómica	<p>Adecuada (15 puntos) Inadecuada (menos de 15 puntos)</p>
--	--	--	---	-------------	------------	---

❖ **VARIABLES UNIVERSALES**

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACION
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere	Se preguntará directamente al paciente su estado civil actual al momento del estudio.	No necesario	Cualitativa	Nominal	1. Casado (a) 2. Unión Libre 3. Divorciada 4. soltera 5. Viuda
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo en la cual se asiste a la escuela.	Grado máximo completo de escuela hasta el cual estudió, referido por el paciente	No necesario	Cualitativa	Nominal	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico 6. Profesional
OCUPACIÓN	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento, se preguntará directamente al paciente al momento del estudio.		Cualitativa	nominal	1. Hogar 2. Técnico 3. Comerciante 4. Obrero 5. Profesionista 6. Jubilado o pensionado
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	La referida por el paciente	No necesario	Cuantitativa	Intervalo	De acuerdo al número de años referido por el paciente

❖ **VARIABLE CONFUSORA:**

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION COMCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION
GESTAS	Número de veces en que una mujer ha estado encinta, periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta la terminación del embarazo.	Cantidad total de embarazos referidos por la paciente durante el interrogatorio	No necesario	Cuantitativa	discreta	De acuerdo al número de embarazos referidos por la paciente

Anexo 1.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

LUGAR Y FECHA _____

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "**Grado de obesidad y funcionalidad en el subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva**" adscrita a la UMF # 94, registrado ante el comité local de investigación médica con el número:_____.

OBJETIVO: Comparar la funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva de acuerdo al grado de obesidad de esta

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a las preguntas que el investigador me realizará, permitir revisar mi expediente clínico, en caso de requerir alguna información contenida en él y se me realizara medición de peso y talla.

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:

- Riesgos: Ninguno
- Inconvenientes: Inversión de tiempo para la realización de los cuestionarios por el investigador.
- Beneficios: comprobar que existe relación entre el grado de obesidad y disfunción conyugal .

El investigador principal se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las preguntas que se realizaran. Y en caso de yo decidirlo poner nombre o pseudónimo en cuestionario, para recibir de manera personal y oral los resultados de la evaluación, comunicándome con la Dra. Carina Camacho Juárez

Tendré el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como a no responder las preguntas cuando a mi parecer las considere inconvenientes, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificarán en la publicación que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Estoy conciente de que el investigador responsable no actuará como mi medico tratante por lo que en caso necesario mi médico tratante será informado de los resultados del estudio para que a través de el me sea proporcionada la orientación necesaria de acuerdo a los resultados del estudio.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, matrícula y firma del investigador

Testigo

Testigo

Anexo 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION I Y II DEL DF.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

NOMBRE _____ . NSS _____ EDAD _____ .
EDO. CIVIL _____ . ESCOLARIDAD _____ . RELIGION _____ .
OCUPACION _____ . No. EMBARAZOS _____ P _____ T _____ IMC _____

Instrucciones: Este es un cuestionario anónimo (solo si desea se le den los resultados se le pide ponga su nombre o pseudónimo), le pedimos conteste con la mayor sinceridad. En caso de cualquier duda de las preguntas o palabras, puede preguntar al encuestador.

1.- En relación con su pareja es común que se presenten riñas, agresiones verbales, físicas, chantajes, separaciones, etc.?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

2.- Considera Usted normal se presenten riñas, agresiones verbales, físicas, chantajes, separaciones, etc.?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

3.- Qué tan severo considera el problema?

INSOPORTABLE	TOLERABLE	INSIGNIFICANTE
--------------	-----------	----------------

4.- Considera Usted que su papel de cónyuge es aceptar todo sea lo que sea?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

5.- En la relación con su pareja considera que existe competencia para la toma de las decisiones, acciones e iniciativas entre Usted y su pareja?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

6.- En la relación con su pareja se reparten las responsabilidades del hogar entre Usted y su pareja?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

7.- Considera que entre Usted y su pareja hay buena comunicación?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

8.- Siente Usted la confianza suficiente para comunicar cualquier problema, de cualquier tipo, en cualquier momento a su pareja?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

8.- Cuando Se Comunica O Habla Con Su Pareja Lo Hacen De Manera Clara, Directa, Sin Temores?

SI	A VECES	NO
----	---------	----

9.- Comparte Usted con su pareja las mismas ideas, gustos, hábitos, creencias, normas morales, sentimientos, etc?

TODAS	ALGUNAS	NINGUNA
-------	---------	---------

10.- Qué tan identificado o afín se considera con su pareja?

MUCHO	POCO	NADA
-------	------	------

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

ANEXO 3.

❖ **CUADRO I. EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

FUNCIONES	PARAMETROS	CALIFICACION ASIGNADA	PORCENTAJE
I. comunicación	a. clara	10	30
	b. directa	10	
	c. congruente	10	
II. adjudicación y asunción de roles	a. congruencia	5	15
	b. satisfacción	5	
	c. flexibilidad	5	
III. satisfacción sexual	a. frecuencia	10	20
	b. satisfacción	10	
IV. afecto	a. manifestación física	5	20
	b. calidad de convivencia	5	
	c. interés por el desarrollo de pareja	5	
	d. reciprocidad	5	
V. toma de decisiones	a. conjunta	15	15
	b. individual	0	
TOTAL		100	100

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION I Y II DEL DF.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

ANEXO 4.

NOMBRE _____, NSS _____, EDAD _____.
 EDO. CIVIL _____, ESCOLARIDAD _____, RELIGION _____, OCUPACION _____, No.
 EMBARAZOS _____

Instrucciones: Este es un cuestionario anónimo, se llevará a cabo por medio de la entrevista familiar.

❖ **CUADRO II. ESCALA EVALUATIVA**

	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. FUNCION DE COMUNICACIÓN			
a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b. la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y análoga	0	5	10
II. FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCIÓN DE LOS ROLES			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. FUNCION DE SATISFACCION SEXUAL			
a. Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
b. es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. FUNCION DE AFECTO			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. el tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. Perciben que son querido por su pareja	0	2.5	5
V. FUNCION DE TOMA DE DISICIONES			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN I Y II DEL D.F
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 94

ANEXO # 3-B

❖ HOJA DE VACIADO DE DATOS (CONTINUACIÓN)

No	Comunicación	Adjudicación de roles	Satisfacción sexual	Función de afecto	Toma de decisiones
1.					
2.					

CUADRO 1. Características sociodemográficas

EDAD	AÑOS	
a. promedio	35	
b. mínimo	24	
c. máximo	49	
d. desviación estándar	7.2	
Variable		
	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
<i>a. casados</i>	57	63.3
b. unión libre	33	36.7
Escolaridad		
a. leer y escribir	3	3.3
b. primaria	13	14.4
<i>c. secundaria</i>	34	37.8
d. bachillerato	18	20.0
e. técnico	9	10.0
f. profesional	13	14.4
ocupación		
<i>a. hogar</i>	46	51.1
b. empleado	30	33.3
c. técnico	2	2.2
d. profesionista	12	13.3
No. embarazos		
a. 1	18	20.0
<i>b. 2</i>	40	44.4
c. 3	18	20.0
d. 4	10	11.1
e. 5	3	3.3
f. 6	1	1.1

FUENTE: propia, "grado de obesidad y funcionalidad del subsistema Conyugal de la mujer en edad reproductiva"

Cuadro 2. Obesidad y funcionalidad*

obesidad	funcionalidad			Total
	Funcional**	moderadamente disfuncional	severamente disfuncional	
Grado I	10	13	8	31
%	32.26%	41.94%	25.8%	100%
Grado II	10	16	17	43
%	23.25%	37.21%	39.54%	100%
Grado III	3	2	11	16
%	18.75%	12.5%	68.75%	100%

*p= 0.056 KW ** p= 0.53 KW

Fuente: propia, estudio "Grado de obesidad y funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva"

Cuadro. 3 Obesidad y funciones del subsistema conyugal

OBESIDAD	FUNCIONES									
	COMUNICACIÓN		ASUNCION DE ROLES		SATISFACCION SEXUAL		AFECTO		TOMA DE DECISIONES	
	adecuada	Inadecuada	adecuada	inadecuada	adecuada	inadecuada	Adecuada	inadecuada	adecuada	inadecuada
Grado I	7	24	5	26	13	18	7	24	14	17
%	22.58	77.42	16.13	83.87	41.94	58.06	22.58	77.42	45.16	54.84
Grado II	10	33	6	37	4	39	6	37	19	24
%	23.26	76.74	13.95	86.05	9.30	90.70	13.95	86.05	44.18	55.82
Grado III	3	13	1	15	1	15	1	15	5	11
%	18.75	81.25	6.25	93.75	6.25	93.75	6.25	93.75	31.25	68.75
Total	20	70	12	78	18	72	14	76	38	52
%	22.23	77.77	13.34	86.66	20	80	15.56	84.44	42.23	57.77

Fuente: propia, "grado de obesidad y funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva"

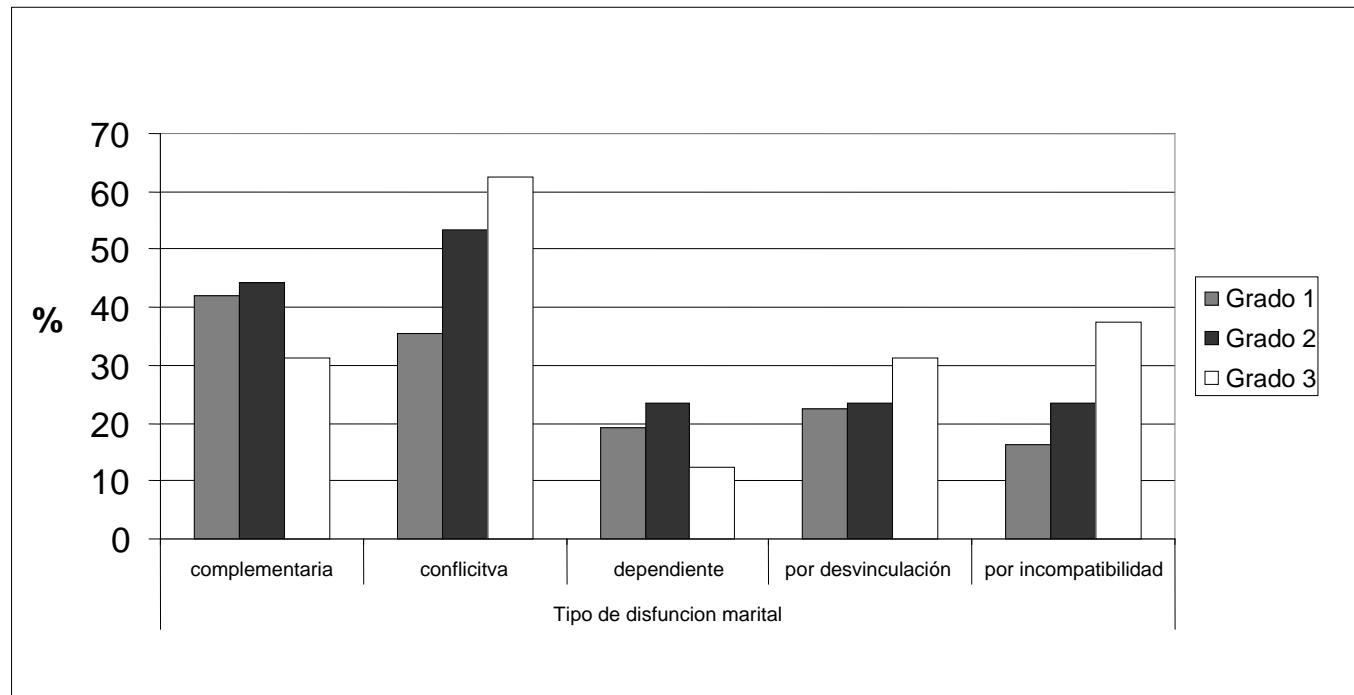
Cuadro 4. Percepción del funcionamiento del subsistema conyugal de acuerdo al sexo del miembro de la pareja.

INTEGRANTE	FUNCIONES									
	COMUNICACIÓN		ASUNCION DE ROLES		SATISFACCION SEXUAL		AFECTO		TOMA DE DECISIONES	
	adecuada	Inadecuada	adecuada	inadecuada	adecuada	inadecuada	Adecuada	inadecuada	adecuada	inadecuada
FEMENINO	20	70	12	78	18	72	14	76	38	52
%	22.23	77.77	13.34	86.66	20	80	15.56	84.44	42.23	57.77
MASCULINO	27	63	43	47	39	51	31	59	24	66
%	30	70	48.33	51.67	43.33	56.67	35	65	26.67	73.33
P *	0.206		<0.0001		0.003		0.003		0.00009	

Fuente: estudio, "grado de obesidad y funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva"

* Ji cuadrada.

Fig 1. Grado de obesidad y disfunción



Fuente: estudio, "grado de obesidad y funcionalidad del subsistema conyugal de la mujer en edad reproductiva"