



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 CON MEDICINA FAMILIAR
 “EMILIO VARELA LUJAN” D ELEGACIÓN ZACATECAS

TITULO DEL TRABAJO

“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO”

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

DRA. MARISOL MUÑOZ BARRIOS

ASESORES:

Dra. Maria Del Carmen Fraire Galindo
 Dra. Etelvina Salas

Zacatecas, Zacatecas, 2008

“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO”

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

DRA. MARISOL MUÑOZ BARRIOS

AUTORIZACIONES:

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EM MEDICINA
 FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EM ZACATECAS.

ASESORA. DE MEDICINA FAMILIA.

DRA. MA DEL CARMEN FRAIRE

GALINDO.....



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.

ASESOR CLINICO:
DRA. MA DEL CARMEN FRAIRE G.....

ASESOR METODOLOGICO
DRA ETELVINA SALAS
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A HGZ # 1 ZACATECAS

DR. JOSE ARMANDO PEREZ RAMIREZ.....
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN

ZACATECAS, ZACATECAS, 2008

“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO”
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MARISOL MUÑOZ BARRIOS
AUTORIZACIONES
U N A M:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

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

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

ZACATECAS, ZACATECAS 2008

INDICE

1. MARCO TEORICO.....	3
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.- PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
4.- JUSTIFICACION	16
5.- OBJETIVOS	18
5.1.- Objetivo General	
5.2.- Objetivos Específicos	
6.- HIPOTESIS	19
6.1 Hipótesis General	
6.2 Hipótesis Específica	
7.- METODOLOGIA	20
7.1 Tipo de Estudio	
7.2 Población de estudio	
7.2.1 Población	
7.2.2 Lugar	
7.2.3 Tiempo	
7.3 Muestreo	
7.3.1 Tipo de muestra	
7. 3.2 Tamaño de la muestra	
7.4 Criterios de selección	
7.4.1 Criterios de inclusión	
7.4.2 Criterios de exclusión	
7.5 Variables a recolectar	
7.5.1 Variables dependientes	
7.5.2 Variable independiente	
7.5.3 Variable interviniente	
7.5.4 Definición operacional de las variables	
7.6 Procedimientos para captar la información	
8.- CONSIDERACIONES ETICAS	28
9.- RESULTADOS	30
9.1 Análisis estadístico de los resultados	
9.2 Cuadros y graficas	

10. DISCUSION	51
11. CONCLUSIONES	54
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
13. ANEXOS	59
Anexo 1	Cedula de Recolección de datos.
Anexo 2	Clasificación Integral de la Familia.
Anexo 3	Método de Graffar.
Anexo 4	Cuestionario de Víctor Chávez Aguilar para valoración de Funcionalidad Conyugal.
Anexo 5	Consentimiento Informado.

1.-MARCO TEORICO.

Obesidad.- Deriva del latín Obesus “persona que tiene gordura en demasiado.”Hablar hoy de obesidad significa referirse a la más importante epidemia que afecta a la humanidad, en este siglo.¹La historia de la obesidad data de la edad de piedra, el primero en identificar a la obesidad como un riesgo para la salud, fue Hipócrates, quien afirmó que la muerte súbita era más frecuente en los obesos que en los delgados y recomendó algunas medidas terapéuticas.²

Es el trastorno metabólico y nutricional más antiguo que se conoce en la historia de la humanidad, demostradas por momias egipcias y esculturas griegas a mediados del siglo IXX, Vague, sugiere que el predominio de grasa abdominal podría elevar el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares, 30 años después, varios estudios demuestran la amplia cobertura sobre la relación entre la distribución de grasa y la morbi-mortalidad confirmando así la hipótesis de Vague.³

Los estudios epidemiológicos de la obesidad son reciente, en el de año 1960, no era considerada un problema importante para la salud pública. En 1974 con la aparición del libro de Garrow “*Energy balance and obesity in man*”, el primer congreso Internacional de Obesidad realizado en Londres, comenzó a darle importancia a esta enfermedad, pero puede decirse que en 1980, fue cuando se comenzaron con los estudios recientes y más significativos de obesidad en Suecia.⁴ En 1988 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional Probabilística sobre Nutrición y Alimentación en México. En 1997, la Organización Mundial de la Salud incluyó a la obesidad, entre las enfermedades epidémicas. Tal decisión se fundamentó en los datos estadísticos del aumento de esta enfermedad, dicho suceso se dio a conocer a todos los países del mundo, ya que el número de obesos crece en forma alarmante.⁵

La obesidad se define como la epidemia del siglo XXI por la OMS, en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública motivado, entre otras causas por el estilo de vida, con repercusiones a nivel individual, familiar y social, representando en la actualidad un reto sanitario en el mundo.⁶

Más allá de una condición patológica individual, la obesidad es un grave problema de salud pública, por su prevalencia e incidencia en el último

decenio.⁷ Su origen multifactorial, su desarrollo es una compleja interacción de factores; psicológicos, socioeconómicos, culturales, estilo de vidas por las características genéticas, los factores ambientales que determinan la forma como se procesan y consumen los alimentos y el grado de actividad física, las diferencias en la susceptibilidad de padecer trastornos metabólicos, siendo estos peculiares, para cada persona y grupos social, ocasionando profundas alteraciones, teniendo serias consecuencias para la salud.⁸

La obesidad pues, es un incremento de peso corporal a expensas de tejido muscular y masa esquelética con un mayor almacenamiento de nutrientes en forma de grasa, la pérdida del balance energético, ocasionada por el aumento de la ingesta de calorías o por disminución de su gasto, da como resultados un balance energético positivo manifestado por la acumulación de exceso de energía en forma de grasa, dentro de las células adiposas o adipositos, dando como respuesta del tejido adiposo aumento del tamaño y cantidad de sus células, presentando pues, hipertrofia e hiperplasia de los adipositos. Un individuo adulto con peso promedio tiene entre 25 y 30 billones de adipositos.⁹ Estudios recientes, han demostrado que tanto los genes como el ambiente familiar contribuyen a la aparición de la enfermedad. El 25 % de varianza transmisible total se atribuye al factor genético, el 30 % a la transmisión cultural y el 45 % a otros factores ambientales no trasmisibles, la “herencia cultural” y la herencia genética son elementos primordiales que llevan al exceso de adiposidad. Más de 20 genes con alteraciones o disfunciones son implicados como productores de obesidad, como son genes *ob* codifican la hormona llamada leptina esta se expresa y secreta en el adiposito, actúa inhibiendo las acciones neurofisiológicas hipotalámicas de un neurotransmisor intracerebral, el neuropeptido incrementando el apetito y disminuyendo la termogénesis, se ha determinado que el plasma del líquido cefalorraquídeo de personas obesas, hay concentraciones elevadas de leptina.¹⁻²

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología la define como un exceso de adiposidad, con un aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo, una enfermedad crónica, un padecimiento complejo, heterogéneo constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas

comorbilidades.⁵ La Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. "La obesidad es un estado premòrbido, una enfermedad crónica caracterizada por almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañado de alteraciones metabólicas".¹⁰ La Organización Mundial de la Salud la define como un nuevo síndrome mundial y problema de salud pública ya que no solo tiene alta prevalencia en países desarrollo sino también emerge en países en desarrollo.^{6,11} Presenta un alto riesgo de incidencias de enfermedades crónicas como hipertensión arterial sistémica, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades isquémicas, coronarias, arterosclerosis, dislipidemias, osteoartritis e infertilidad así como algunas formas de neoplasias como la de la mama, cervix, ovario y endometrio en la mujer y de próstata, colon y recto en el hombre, convirtiéndose en causa importante de morbi-mortalidad en todos los países. ^{2, 10, 12}

Actualmente se estima que existe un promedio de 300 a 500 millones de personas portadoras de obesos en el mundo, a pesar de existir un mejor conocimiento clínico y epidemiológico del problema, su prevalencia ha aumentado significativamente en todos los países. La OMS calcula que para 2015 habrá aproximadamente 700 millones de personas portadoras de obesidad ^{6- 13}

La prevalencia de la obesidad es en países más desarrollados, presenta en la última década un fenómeno de transición epidemiológica en países en desarrollo, el Centro Nacional de Salud en Estados Unidos estima que el 60.5% de su población, en adultos de 20 y más años, predominando las mujeres de origen hispano y de raza negra tienen mayor prevalencia, mientras que los hombre no presentan diferencias en comparación con la raza blanca.² Las condiciones socioeconómicas desempeñan papel importante siendo de 7 a 12 veces más frecuente la obesidad en mujeres de bajos recursos que de clase alta, la población en Estados Unidos presenta mayor índice de obesidad a nivel mundial, según estudios realizados, esto atribuible a mayor proporción de automóviles y mayor tiempo dedicado a la televisión y consecuente disminución del gasto energético.⁶ Diversos estudios en los Estados Unidos han demostrado que las tasas más altas de obesidad, ocurre en los grupos de población con las tasas más altas de pobreza y en los grupos con menos años

de educación, según la Encuesta Nacional de Salud, se observó que las mujeres que viven en condiciones precarias tienen en promedio 4.5 kilos más que las mujeres que tienen mayores recursos económicos.

En España afecta 13.4 % de población adulta entre 25 y 60 años, el estudio nutricional de PAIDOS' 1984, demuestra una prevalencia de obesidad nutricional, del 4.9% en niños de ambos sexos, de edades entre 6 y 15 años. ¹¹.

Existen importantes diferencias entre autonomías, así por ejemplo en el país Vasco es del 7,2%, en Andalucía del 2,9% y en Cataluña del 3,1%.

Está establecido que si ambos padres son obesos su descendencia la presentara un 69 a 80 %, cuando solo uno es obeso, sería el 41 - 50 %, ninguno de los padres será el riesgo del 9 %.¹⁴

En encuestas hechas en Estados Unidos de niños México-Americanos se tiene que de 12 a 17 años, la prevalencia es de 9.3% a un 14.1% en niñas y de 7.7 a 14.8% en niños. Hasta principios de los años noventa se estimaba una obesidad en niños de 5-10% de la población. En la Encuesta de Salud de la Junta de Andalucía la tasa de obesidad en niños, será de 0 a 4 años 20.0% de 5 a 9 años de 37.6% y de 10 a 15 años 5.8 %, un adolescente obeso tiene un 80 % de riesgo de serlo en edad adulta y un 20 % de obesidad futura^{15 16}.

En México se atribuye su incremento en las zonas a la urbanización no planificada, inseguridad pública, falta de cultura que promueva la actividad física, la televisión y los juegos de video que han disminuido la actividad física y el juego en la calle, exponiéndose a la publicidad de comida chatarra y aumentando el consumo de estas.¹⁷

La población mexicana tiene un perfil de alto riesgo, presentando alteraciones metabólicas e incluso con peso normal, la Encuesta Nacional de Salud de 1998 señalaba prevalencias de 14.6 de obesidad en la mujer en edad reproductiva, diez años más tarde en 1999, un 21.2% en el mismo grupo y en 2000 en mujeres de 20 a 59 años fueron de 24.1%, en el 2004, indica que en adultos mayores de 20 años más del 60 % de la población presenta problemas de peso, en la última Encuesta de Salud y Nutrición del 2006 reporta un incremento alarmante del 30% , equivalente a 30 millones de adultos afectados, existiendo peculiaridades por la distribución geográfica,¹⁸ siendo más elevada en el Norte del país con un 23.1%, centro 18.7% y DF .18.9%, mientras que en el Sur es de 14.8 % en hombres, presentando una elevación

en mujeres del Norte en un 33.2 % Centro 28.7% D.F.24.7% y sur 24.2 %, con marcada similitud tanto en zonas rurales como urbanas.

La distribución por grupo de edad y sexo son en hombres 20 a 29 años 11.8%, 30 a 29 años 20.8%, 40 a 49 un 23.9%, 50 a 59 años un 25.5 %, en mayores de 60 años un 19.7 % ,las mujeres de 20 a 29 años presentan un 16.7 %, de 30 a 39 años un 29.5 % 40 a 49 un 39.8 % de 50 a 59 años 40.4% y en mayores de 60 años un 30.6 % , siendo notable que la mayor problemática la presentan las personas en edades más productivas.^{7,9}¹⁹

Por otra parte el gran costo económico que representa el proceso, diversos estudios en países industrializados lo valoran entre un 6 y 8 % del gasto sanitario global en España, en Estados unidos se estima un gasto por más de 100 mil millones, es decir son tres veces superiores al gasto total de salud en México. ^{20,21} .

En nuestro país Chihuahua es una de las entidades federativas con los más altos índices de obesidad el 75 % de sus habitantes mayores de 20 años son portadores de obesidad, según la En Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006, según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en esta entidad existen 3 millones 241mil 444 habitantes de los cuales 1millón 815mil 841 son mayores de 20 años y más del 75 % obesos, presentando un incremento anual del 2.2%, atribuidos a un alto consumos de azucares y grasas, siendo esta región la más industrializada de México, dando como consecuencia la inactividad física. Los estados que le siguen son Monterrey, Sonora Baja California Sur, Zacatecas, Durango, DF, Quintana Roo, Yucatán y Campeche.²²

La obesidad puede ser clasificada desde 5 puntos de vista, según la Encuesta Nacional de Nutrición del 2006.

a) *Anatómico*: Células hiperplásicas o hipertróficas.

b) *Cuantitativo*: De acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMO) = $\text{Peso}/\text{talla}^2$: Bajo <20, Normal 20-25, Sobrepeso > 25 -26.9, Obesidad > 27, Mórbida > 40.

c) *Distributivo*: Según el acumulo de grasa visceral; abdominal, andrógena o centrípeta ginecoide, periférica o centrífuga. Se utiliza en Índice cintura (medición a nivel del ombligo)/cadera (A nivel de la cresta ilíaca), con valores en hombre > 0.95 y en la mujer > 0.80.

d) *Energético*: De acuerdo con la actividad que realice y a la ingesta, calculándose la cantidad de Kcal/día. Los valores normales oscilan entre 116 y 124 kcal/día.

e) *Etiológico*: Considerando factores genéticos, endocrinológicos, farmacológicos, psicológicos sociales y medioambientales. La obesidad no es un factor independiente sino que se encuentra asociada a otras entidades como la Hipertensión, Dislipidemia, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, diabetes Mellitus y arteroesclerosis, siendo su etiología multifactorial, esta puede ser endógena y exógena, "patrón patológico" debido a enfermedades genéticas o endocrinas, de otros cuya obesidad está ligada etiopatogénicamente a la ingesta de dietas hipercalóricas, en menor proporción a la escasa actividad física y también a una predisposición genética para conservar y almacenar energía, esta última denominada "obesidad simple", que abarca el 95% de los casos, su etiología obedece a diferentes factores convirtiéndola en una enfermedad altamente compleja, debido a los múltiples factores implicados en su desarrollo.^{2, 3,7²³ 24}

Existen pautas estandarizadas para su diagnóstico clínico-nutricional, como con las medidas antropométricas que se utilizan en la valoración del exceso de peso y la obesidad, son la talla y el peso, las circunferencias del tórax, la cintura, las caderas o las extremidades y el pliegue cutáneo. De todas ellas, la más comúnmente utilizada por cumplir en mayor medida el requisito de

estar altamente correlacionado con el peso y ser independiente de la talla así como su utilidad por ser un procedimiento de fácil aplicación, económico y no invasivo, es la proporción llamada *Índice de Masa Corporal (IMC) o de Quetelet*: es muy útil para valorar la obesidad ya que el 90% de las variaciones se deben a cambios en la masa grasa. La fórmula consiste en dividir el peso en Kg. entre la talla en cm. al cuadrado. **$IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Talla (m}^2\text{)}$** .

La correlación del IMC con la grasa corporal es de 0,7 a 0,8 cuando ésta se determina mediante la medición directa de la densidad corporal, que es el método de laboratorio más preciso. Los límites aceptables del IMC correspondientes a cada talla, parecen aumentar ligeramente con la edad en la mujer, pero no en el varón. En el IMC se considera con peso normal hasta los 25 y se define como obesidad a partir de los 27 y otros más, como la Organización Mundial de la Salud, obesidad será a partir de 30, mientras que el Consejo Nacional de la Obesidad propone que en México se considere obeso a quien presente IMC mayor o igual a 27, al igual que la Encuesta Nacional de Nutrición 2006, esto a diferencia del punto de corte utilizado en Estados Unidos que es de 27.8 para varones y 27.3 para mujeres, determinando el grado de obesidad, correspondiendo a Obesidad simple un IMC de 27 a 29.9, obesidad grado I un IMC de 30 a 34.9, obesidad grado II un IMC 35 a 39.9, obesidad grado III un IMC 40 o más (obesidad mórbida). El IMC además de su utilización para el diagnóstico de obesidad se usa para valorar los riesgos de salud asociados con el exceso de peso, según el grado de obesidad, así como una guía útil para el tratamiento.¹⁹⁻²⁵

Los grados de obesidad obedecen a patrones culturales y educativos de la población, ya que la dieta es una expresión muy íntima de la forma de vida de cualquier sociedad. El nivel de escolaridad indica tanto estos patrones culturales como el grado de conocimiento o de acceso a la información en salud.³⁻⁶⁻¹²

Obesidad, La familia y el Subsistema Conyugal

La obesidad tiene graves consecuencias psicosociales, por lo patrones estéticos, de salud y aceptación en grupo social, llegando a convertirse en un estigma. Independientemente del grado de obesidad, la preocupación por la comida se puede conectar con la insatisfacción de la imagen corporal, teniendo problemas afectivos o de personalidad, con afección directa en su vida diaria, en su ambiente laboral y personal, aproximadamente entre el 25 y 30 % de los obesos padecen una marcada depresión, ansiedad, agorafobia, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco, así como trastornos en la personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas conductas de evasión y agresión, la obesidad esta pues investida de estigmas sociales.^{7,26}

Es importante el déficit de calidad de vida y la discriminación social y laboral que sufre el paciente obeso y no solo conlleva a alteraciones metabólicas múltiples sino que influye de gran manera en bienestar físico y mental de los portadores, tan es así que una de las causas de disfuncionalidad conyugal son atribuidas a las alteraciones estéticas presentadas por los portadores, ya que el prototipo de la mujer bella en México, ha ido cambiando, como resultado de la globalización y el mercadeo de imagen, la ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados, los adultos jóvenes más en riesgo de estas presiones culturales son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia física, pero pocos son inmune a estas influencias.

Es evidente para los expertos, que los factores emocionales negativos en la familia u en otras relaciones íntimas, desempeñan una función esencial, por ello es necesario conocer, cómo un sujeto percibe a su pareja, cómo se percibe frente a ella y cómo percibe la relación entre ellos, se considera de suma importancia observar el tipo de respuesta que tiene ante la percepción de conflictos o dificultades con la pareja y si ésta respuesta lleva al mantenimiento satisfactorio o no de la relación y aceptación de la pareja.²⁷

El apoyo que percibe, es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal como en la vinculación con los demás, según refieren Gurung, Saranson y Saranson 1997, tomando importancia las relaciones de

pareja, por ser ésta el pilar de la familia y ésta a su vez, la unidad funcional de la sociedad colectivista pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente. El apoyo percibido visto desde una relación dual, es un factor central, el vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional, es la dinámica que se juega en toda pareja y con esta relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro. Como lo refiere Montagud en 1975, tanto física, emocional, espiritual, social como cognoscitivamente, Díaz – Guerrero en 1994 menciona que, mediante la expresión física de afectos y cuidados, Sánchez en 1995 refiere el apoyo entre esposos, es guía a la satisfacción de necesidades permitiendo responder mejor a los diferentes eventos, lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y cercanía en los miembros de la pareja.²⁸

Familia

Es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otros.

La familia se clasifica de la siguiente manera:

1.- Según su *composición* en nuclear (formada por padre, madre e hijos), extensa (formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o afinidad), extensa compuesta (además de los incluidos en la familia extensa , se agregan miembros sin ninguna nexo legal, como amigos y compadres).

2.- Según su *desarrollo*: familia moderna (cuando la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre), tradicional (cuando el subsistema proveedor, esta constituido por el padre).

3.- Según su *demografía*: rural o urbana (según la ubicación de la familia).

4.- Según su *integración*: familia integrada (cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones), semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no

cumple de manera satisfactoria sus funciones) o desintegrada (los cónyuges no viven junto).

5.- Según su ocupación: Campesina, obrera, técnica, profesional técnica o profesional^{29 30}

La familia es un sistema racional que conecta al individuo con el grupo amplio llamado sociedad, que supera y articula entre sí los componentes individuales, el esposo y la esposa y la relación que entre ellos se genera, formando juntos una unidad más compleja, el sistema conyugal, construyéndose cuando dos adultos de sexos diferentes se unen con la interacción expresa de construir una familia, posee tareas y funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del grupo. Al existir alteración en cualquiera de las partes hablaremos de una disfunción conyugal.³¹

Existe un instrumento para evaluar el subsistema conyugal propuesto por: **Dr. Chávez Aguilar Víctor**, aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde hace 10 años, para aplicación única y exclusivamente a la pareja, mejorado a través de su historia y actualmente avalado³², el cual consta de cinco preguntas valorando cuali-cuantitativamente la comunicación, el afecto, la adjudicación de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones en la pareja, dando un valor numérico de 0,5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta realizando la sumatoria de puntos y se compara con una escala preestablecida en la que un valor de 0 a 40 puntos habla de una pareja gravemente disfuncional, valores de 41 y 70 puntos de parejas moderadamente disfuncional y con 71 y 100 puntos será una pareja funcional.³³ La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.³⁴

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Más allá de una condición patológica individual, la obesidad es ya un grave problema de salud pública, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), su prevalencia en edades cada día más tempranas ha ido incrementando, con predominio en edades productivas, de ahí el impacto social, económico y psicológico, llegando a convertirse en una epidemia silenciosa.

La obesidad actualmente es la enfermedad metabólica más frecuente observada en la población, su prevalencia anteriormente era mayor en países desarrollados, actualmente presenta un incremento en los subdesarrollados o en vías de desarrollo.

Se estima que existen de 300 a 500 millones de obesos en el mundo, a pesar de existir un mejor conocimiento clínico y epidemiológico del problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que el año 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Su prevalencia ha aumentado significativamente en todos los países. A nivel mundial, Estados Unidos, ocupa el 1er lugar con 65.4% o sea más de 120 millones de personas con un predominio en población hispana de mayor índice en mujeres. Mientras que México ocupa el segundo lugar con un 64.5% de su población, presentando un incremento en los últimos 7 años, de un 2.2 % cada año, seguido de Reino Unido, que ocupa el tercer lugar con un 61% de afección en su población, siendo que España esta en cuarto lugar con un 40 % de su población es obeso. En nuestro país la afectación en los adultos presentan peculiaridades según distribución geográfica, siendo más elevada en el Norte del país con un 23-1%, centro 18.7

y DF.18.9 % mientras que en el Sur es de 14.8 % en hombres, presentando una elevación en mujeres del Norte en un 33.2 % Centro 28.7% DF .24.7% y sur 24.2 % , con marcada similitud tanto en zonas rurales como urbanas. La distribución por grupo de edad y sexo son en hombres 20 a 29 años 11.8% 30 a 39 años 20.8, 40 a 49 un 23.9 % 50 a 59 años un 25.5 %, las mujeres de 20 a 29 años presentan un 16.7 % de 30 a 39 años un 29.5 % 40 a 49 un 39.8 % de 50 a 59 años 40.4%, siendo notable que la mayor problemática la presentan las personas en edades mas productivas.

Chihuahua es una de las entidades federativas con los más altos índices de obesidad el 75 % de sus habitantes mayores de 20 años son portadores de obesidad según la En Encuesta Nacional de Nutrición de 2006 , según INEGI en esta entidad existen 3 millones 241mil 444 habitantes de los cuales un millón 815mil 841 son mayores de 20 años y mas del 75 % obesos.

Los estados que le siguen son Sonora, Baja California Sur, Zacatecas Durango, DF, Quintana Roo, Yucatán y Campeche.

En el estado de Zacatecas registra la Asociación de Nutrición un incremento, ocupando el cuarto lugar en nuestro país.

Es incuestionable que la obesidad es un problema importante de salud pública, no solo por la disminución y la esperanza de calidad de vida del paciente, sino porque genera discapacidad en sujetos productivos, así como es importante el entorno familiar, la comunicación, la funcionalidad de la pareja, conocer el nivel socioeconómico predominante en los portadores de obesidad y su tipo de familia por lo que realizo este estudio.

Es por eso que se formula la siguiente pregunta.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la funcionalidad conyugal en el adulto obeso de la UMF # 27
Juchipila Zacatecas?

4.-JUSTIFICACION.

Los niveles crecientes de obesidad y sedentarismo son alarmantes posiblemente por el sistema de vida actual por lo que se requieren estrategias sociales que permitan reducir los gastos de salud pública y que produzcan incrementos individuales en la calidad de vida de nuestros pacientes para ello se requiere conocer e identificar los factores familiares asociados en nuestra población y de esta manera diseñar estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria, detectando así la población en riesgo, ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, evitar secuelas, disminuyendo de esta forma los factores de riesgo para desencadenar patologías precedidas de la obesidad en nuestra población.

Es indispensable realizar estudios en nuestra población mexicana, puesto que los factores ambientales y familiares juegan un papel importante que nos permitirá conocer estadísticas precisas y confiables de nuestra población en estudio, permitiéndonos reducir y conocer los factores desencadenantes de la obesidad, disminuyendo la morbi-mortalidad en pacientes, en edad productiva como son de 20 a 59 años, edades donde actualmente según OMS hay mayor índice de obesidad, en este sentido, consideramos necesario, realizar el presente estudio de investigación en nuestra población derechohabiente de la UMF # 27 de la localidad de Juchipila Zacatecas, con la finalidad de determinar la prevalencia de obesidad, conocer el papel que juega en ella la tipología familiar, estrato socioeconómico y su impacto en la funcionalidad conyugal de nuestros adultos obesos, identificando así, las características de cada familia de nuestros pacientes portadores, determinando, si es o no un factor de

riesgo para el desarrollo de la misma. La obesidad que figura como factor desencadenante de enfermedades crónico degenerativas graves, acarrea un gran costo social, por la repercusión sanitaria que genera, de ahí la importancia de un diagnóstico temprano y por consiguiente un tratamiento y/o envío oportuno, obteniendo así, una respuesta optima para nuestros pacientes y sus familias, promoviendo la educación en salud dentro del primer nivel de atención, convirtiéndose en prioridad nuestros derechohabientes.

Se sabe que hoy en día, la obesidad es un importante problema de salud pública mundial y México, no es la excepción, la cual conlleva a múltiples patologías y la disfuncionalidad conyugal no queda exenta, se sabe hombre obeso, mujer obesa ó ambos conllevan alteraciones patológicas en pareja principalmente en atracción física y en la vida sexual, que esto a su vez fomenta discusión, separaciones y hasta llegar a divorcios en las parejas, de ahí nuestro interés de realizar estudios de este índole, para poder brindarles a esas parejas ayuda médica , psicológica y social .

5. OBJETIVOS

5.1-OBJETIVOS GENERAL

Identificar la funcionalidad conyugal en el adulto obeso de la UMF 27 Juchipila Zacatecas

5.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de obesidad en de UMF # 27 Juchipila Zacatecas.
- Evaluar la funcionalidad conyugal en adulto obeso y sus factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico)
- Factores Clínicos:
 - Índice de Masa Corporal
 - Tipo de obesidad
- Conocer los factores familiares (tipos de familia según su, desarrollo, demografía, ocupación, integración y composición,).
- Asociación de la funcionalidad conyugal con la obesidad en el adulto
- Si la obesidad en el adulto conlleva a disfunción conyugal, correlacionándolas con las pruebas estadísticas de SPIRMAN

6.- HIPOTESIS

6.1 HIPOTESIS GENERAL.

La obesidad en el adulto representa un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Encuesta transversal descriptiva

7.1.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Prospectivo, transversal, observacional

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

7.2.1. POBLACIÓN:

Finita, se tomara a toda la población adscrita a la Unidad Medica Familiar # 27 Juchipila, Zacatecas, paciente entre las edades de 20 a 59 años, hombre – mujer o ambos que vivan en pareja y sin comorbilidad.

7.2.2. LUGAR:

Unidad Medica Familiar # 27 DE Juchipila, Zacatecas.

7.2.3. TIEMPO:

Se realizó el estudio en el tiempo comprendido del 01 de Enero al 30 de octubre, 2007

7.3 MUESTREO

7.3.1. TÉCNICA MUESTRAL:

Muestreo no probabilística. Por conveniencia

7.3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un censo de todos los derechohabientes de UMF# 27 Juchipila Zacatecas, en base a la pirámide de población se sacó la muestra a tomar, de acuerdo a las edades correspondientes a un rango de 20 a 59 años de edad, procediendo a la aplicación de la encuesta y la obtención de peso y talla a los pacientes de ambos sexos que vivan en pareja, que acudieron a la unidad en el periodo correspondiente de Enero a Octubre del 2007, obteniendo así la muestra de estudio, la observación de afección de la obesidad en el subsistema conyugal y las características de cada uno de ellos.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Paciente adscritos a la UMF # 27
- Portadores de obesidad, por medio de la aplicación de medidas antropométricas como son IMC.
- Ambos sexos
- De 20 a 59 años de edad
- Que vivan en pareja
- Quieran participar en la investigación y que contesten completa y correctamente la encuesta

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes embarazadas
- Pacientes portadores de comorbilidad

7.5 VARIABLES

7.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

Adulto obeso

7.5.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Funcionalidad conyugal

7.5.3 VARIABLE INTERVINIENTE

- Tipo de familia
- Estrato socioeconómico
- Inicio de vida sexual activa
- Número de parejas sexuales

7.5.4 VARIABLES UNIVERSALES

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad

FACTORES CLNICOS

- Peso y talla
- Índice de Masa Corporal
- Tipo de obesidad

7.5.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

NOMBRE

OBESIDAD

Definición conceptual: Es el incremento del peso corporal por encima del 20 % del valor considerado normal.

Definición operacional : De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición 2006, toda persona que presente IMC mayor o igual de 27 será portadora de obesidad.

Escala de medición: Ordinal

Categorías: Obesidad simple un IMC de 27 a 29.9
Obesidad grado I un IMC DE 30 A 34.9
Obesidad grado II un IMC 35 a 39.9
Obesidad grado III un IMC 40 0 mas.

NOMBRE

DISFUNCIONALIDAD CONYUGAL

Definición Conceptual: Cuando existe alguna alteración en la función de la pareja

Definición Operacional: Las interacciones como pareja giran en torno a situaciones conflictivas e inconcidentes que pueden llegar a involucrar a toda la familia se mide a través de un instrumento que evalúa la funcionalidad entre sí de la pareja, con aplicación de diferentes reactivos sumando el puntaje final.

Escala de medición: Ordinal

Categoría: 0-40 pareja gravemente disfuncional
41 a 70 pareja moderadamente disfuncional
71 a 100 pareja funcional.

NOMBRE

TIPO DE FAMILIA:

- Definición conceptual: Familia es la unidad básica de la sociedad, y se concibe como un sistema compuesto por elementos que se encuentran interactuando entre sí y que determinan que desempeñe funciones determinadas que tengan como finalidad que sus integrantes se desarrollen, como individuos, pero simultáneamente se promueva el desarrollo integral del sistema familiar.
- Definición operacional: De acuerdo al esquema de clasificación integral de la familia.
- Escala de medición: Nominal.
- Categorías: **Desarrollo:** moderna y tradicional.
Demografía: rural, urbana.
Integración integrada, semiintegrada. Desintegrada
Ocupación campesina, obrera, técnica, técnica profesional. Profesional.
Conformación nuclear, seminuclear extensa y Compuesta.

NOMBRE

ESTADO SOCIOECONÓMICO

- Definición conceptual: Es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía.
- Definición operacional: Estado que se valora de acuerdo al método de Graffar
- Escala de medición: Ordinal.
- Categorías: Estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal.

NOMBRE:**EDAD**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.

Definición operacional: Años cumplidos al momento de la encuesta.

Escala de medición: numeral o escalar

Categorías: 20 a 59 años cumplidos

NOMBRE**SEXO**

Definición conceptual: Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.

Definición operacional: De acuerdo a sus características fenotípicas.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Masculino, femenino.

NOMBRE**ESTADO CIVIL**

Definición conceptual: Relación legal ante la sociedad de 2 personas de diferente sexo

Definición operacional: Es el estado o condición civil que refiere la persona en el momento del estudio.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

NOMBRE**OCUPACIÓN**

Definición conceptual: Relativo a la actividad o trabajo realizado por el Individuo remoderado.

Definición operacional: Actividad que desempeña el paciente al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal

Categorías: ama de casa, oficio, servicios, obrero, empleado de fábrica, empleado de oficina, comerciante, técnico, estudiante, profesionalista y jubilado.

NOMBRE**ESCOLARIDAD**

Definición conceptual:	Periodo durante el cual se asiste a la escuela para adquirir grado académico
Definición operacional:	Grado académico que tiene el encuestado a la fecha de aplicación del cuestionario.
Escala de medición:	Ordinal.
Categorías:	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria y profesional.

NOMBRE**INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA**

Definición conceptual:	Tiempo de existencia desde su nacimiento a cuando tuvo su primera relación sexual.
Definición operacional:	La edad que tenía la encuestada al iniciar las relaciones sexuales
Escala de medición:	Escalar
Categorías:	Edad exacta de inicio

NOMBRE**COMUNICACION.**

Definición Conceptual:	Orienta a la descripción digital o analógica del tipo de comunicación entre la pareja con aplicación instrumento de evaluación de Dr. Chávez Aguilar
Definición operacional:	Según refiere la persona en el momento de la encuesta.
Escala de Medición:	Nominal
Categoría:	Nunca, ocasional, casi siempre

NOMBRE**DISMINUCION EN APETITO SEXAUL**

Definición Conceptual: Menores deseos de satisfacer el sexo o pérdida del interés sexual en la pareja.

Definición Operacional: Según refiera la persona en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Nominal

Categorías: Nunca, ocasional y casi siempre

7.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Una vez autorizado el protocolo por el comité local de investigación del H.G.Z. No.1 con Medicina Familiar Emilio Varela Lujan, de Zacatecas Zacatecas y en base a las normas de investigación nacionales e internaciones se realizo posteriormente en un lugar distinto al sitio estipulado para el estudio una prueba piloto, procediendo a la aplicación de las encuestas en la UMF · 27 Juchipila Zacatecas. Estas fueron aplicadas directamente por el investigador, al igual que toma de peso y talla para sacar el Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet.

Se incluyeron todos los pacientes de la UMF no 27 que acudieron a la clínica del IMSS en el periodo de Enero a Octubre del 2007. A los cuales se les explica ampliamente el propósito del proyecto en el que voluntariamente aceptaron participar, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión , procediendo a la aplicación de una cedula de recolección de datos semi-estructurada validada, que contendrá las variables de estudio, los instrumentos de medición, ficha de identificación, toma de peso y talla para determinar si existe o no obesidad por medio del IMC y la determinación del grado de obesidad, los instrumentos de medición aplicados como método de Graffar, para la valoración del nivel socioeconómico, tipología familiar, funcionalidad conyugal, instrumento que valora las funciones de comunicación, adjudicación y asunción de papeles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, en la pareja, (Anexo 1,2,3,4 Y 5), estos previos a la autorización del consentimiento informado, el cual debe estar firmado por el paciente participante y 2 testigos, las encuestan fueron aplicadas directamente por el investigador.

Los datos fueron capturados en Excel Microsoft XP 2003, después se analizo mediante el paquete estadístico SPSS versión 14.0 y en EPI Info versión 3.4.1. Los resultados se presentan en cuadros y graficas.

La información obtenida se guardara confidencialmente

7.7 PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizara estadística descriptiva, frecuencia y porcentaje en las variables categóricas; con medidas de tendencia central media, mediana, moda y desviación estándar para variables continuas. Para determinar la asociación de los factores de riesgo se utilizará la Razón de Momios con sus intervalos de confianza al 95%.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de los aspectos éticos considerados para el estudio, de acuerdo al Código de Nuremberg, informe Belmont y la declaración de Helsinki con su última modificación (Washington 2004) y en el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto que fue revisado para aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y medición continua de la investigación. Se clasifica dentro de los estudios de riesgo mínimo de acuerdo con el Artículo 13 del titulo del Reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos y se garantizó la confidencialidad de los datos. Se sometió al Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona No 1 IMSS Zacatecas.

Se solicito consentimiento informado de los participantes y una vez obtenida la información se guardo confidencialidad de los datos obtenidos

De los resultados se obtuvo diagnósticos de obesidad en el adulto, su tipología familiar, estrato socioeconómico y funcionalidad conyugal así como la prevalecía de obesidad en el adulto de la UMF de Juchipila Zacatecas. Dichos resultados se manejaron de manera confidencial y se derivó con el especialista en caso de requerirlo.

9. RESULTADOS

9.1 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS

9.2 TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS

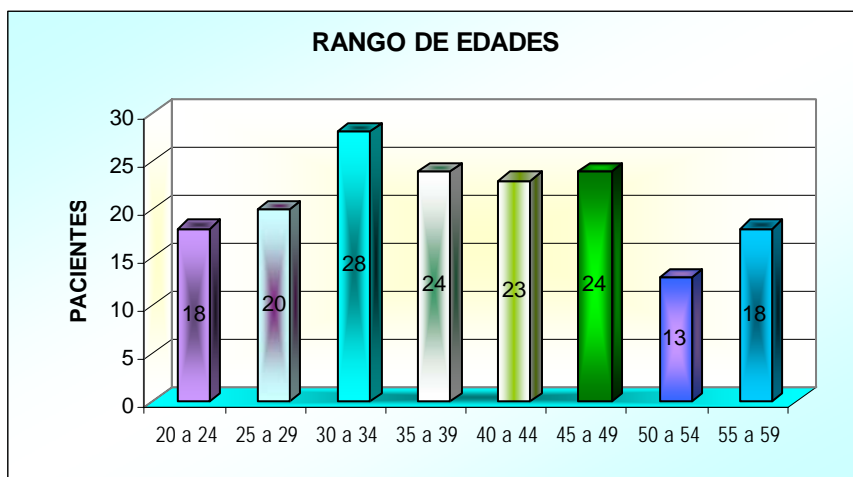
Cuadro No.1

RANGO DE EDAD EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 24	18	10.7
25 - 29	20	11.9
30 - 34	28	16.6
35 - 39	24	14.2
40 - 44	23	13.6
45 - 49	24	14.2
50 - 54	13	7.7
55 - 59	18	10.7
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directas

Gráfica No.1



Fuente: Cuadro No.

En la grafica 1 de nuestro estudio el grupo de edad con mayor prevalencia de obesidad es de 30 a 34 con un 16.6 % (casos 28), seguida inmediatamente del grupo de 35 a 39 años con un 14.2 % (24 casos) en los de 45 a 49 años reporta 14,2% (24 casos), siendo mas bajo el índice en los extremos de edades. En rango de 25 a 29 años un 11%. , (20 casos) , de 20 a 24 años resultando ser el 10.7%.(18 casos) Y de 50 a 54 con un 7.7 %.

Cuadro No.2

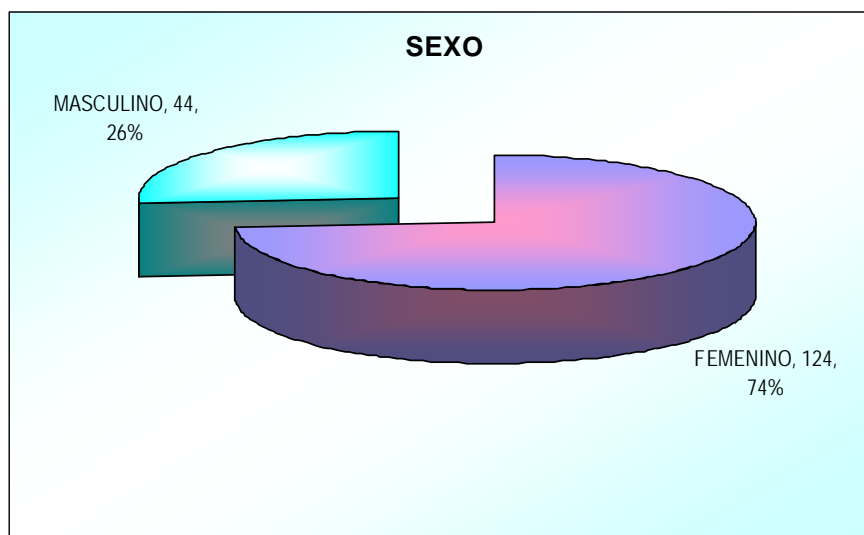
SEXO EN ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	44	26
FEMENINO	124	74
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directas

Grafica No.2

SEXO EN ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No.2

Es posible apreciar en la gráfica 2 que la distribución por sexo predomina el género femenino con 124 participantes que resultan ser el 74% de la investigación, ocupando el sexo masculino un total de 44 personas representando el 26% de nuestros pacientes del estudio.

Cuadro No.3

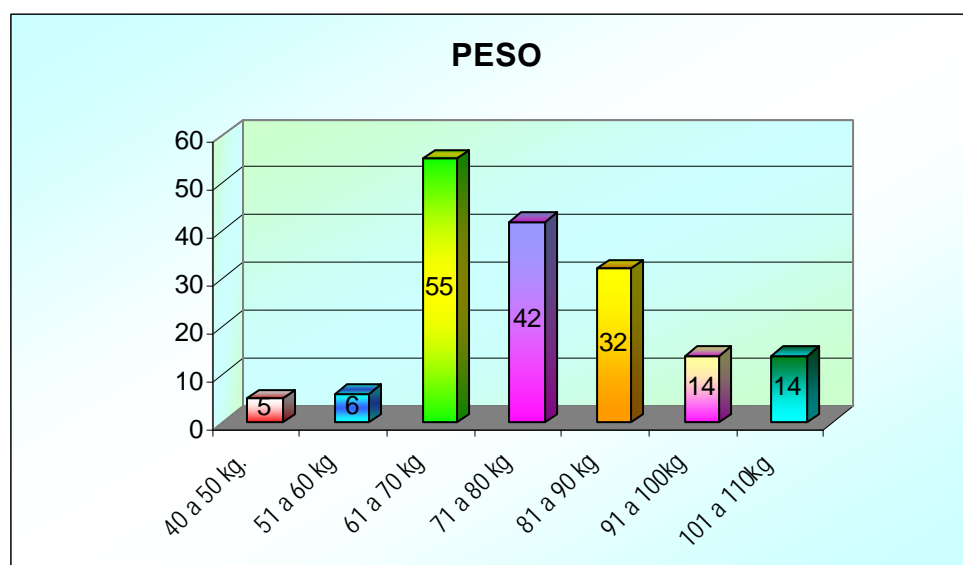
PESO EN ADULTOS OBESOS DE LA UMF #27 JUCHIPILA ZAC.

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40 -50	5	2.97
51-60	6	3.57
61-70	55	32.7
71-80	42	25.0
81-90	32	19.0
91-100	14	8.3
101-110	14	8.3
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta Directa

Grafica No.3

PESO EN ADULTOS OBESOS DE LA UMF #27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No 3

La encuesta aplicada arrojó que el peso con mayor predominio en los pacientes con obesidad, es de 61 a 70 Kg. Con 55 casos representando un 32.7 %, como se puede observar la media se puede distinguir en un rango de peso que va desde los 71 a 80 Kg con un total de 42 pacientes, representando un 25%, con una mínima de 32 participantes que representan el 19 % de la población encuestada.

Cuadro No.4

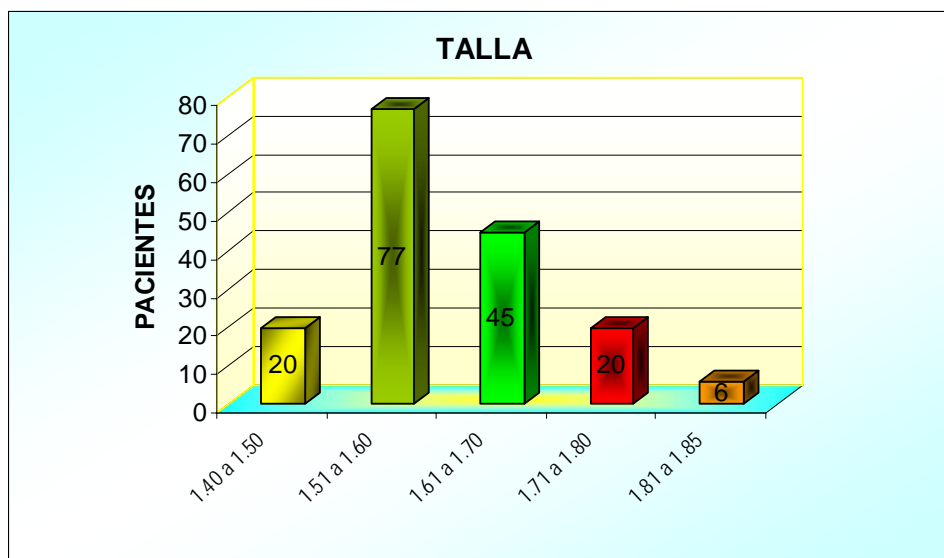
TALLA EN ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.

TALLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.40 a 1.50	20	11.9
1.51 a 1.61	77	45.8
1.61 a 1.70	45	26.7
1.71 a 1.80	20	11.9
1.81 a 1.85	6	3.7
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directas

Grafica No.4

TALLA EN ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No. 4

La grafica 4 muestra que la talla predominante en este estudio fue 1.51 a 1.60 cm. Con un número de casos de 77 y constituyendo un 45 %, seguida de las tallas entre 1,61 a 1.70 con 45 casos, representando un 26.7 %.

Cuadro No.5

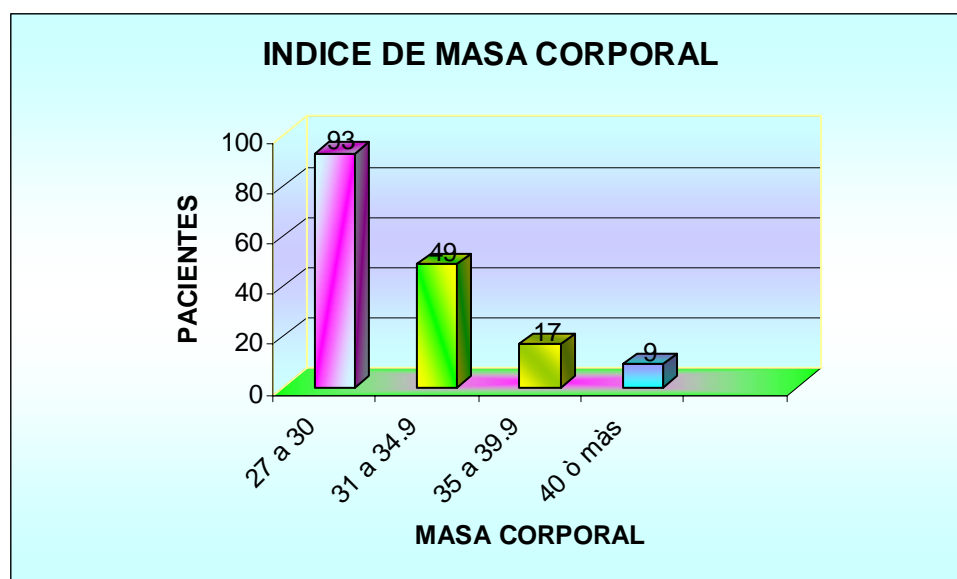
INDICE DE MASA CORPORAL EN ADULTOS OBESOS DE UMF #27 JUCHIPILA ZAC.

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
27 – 30	93	55.3
31 – 34.9	49	29.1
35 – 39.9	17	10.1
40 o mas	9	5.3
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directa

Grafica No.5

INDICE DE MASA CORPORAL EN ADULTOS OBESOS DE UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No.5

El predominio de el Índice de Masa Corporal en nuestros encuestados fue rango de 27 a 30 con 93 casos , siendo un 55.5 % , seguido de rango de 31 a 34.9 con 49 casos formulando un 29 % , de 35 a 39.9 con 17 casos un 10.1 % , el IMC mas bajo afortunadamente fue de 40 o mas con 9 casos un 5.3 % . (Cuadro y Grafica No.5)

Cuadro No. 6

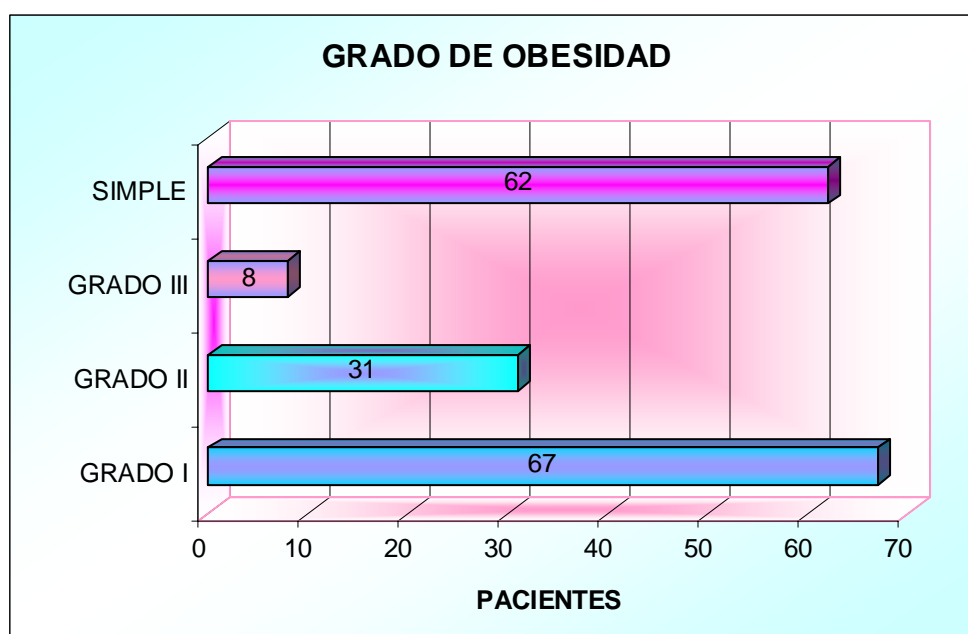
GRADO DE OBESIDAD EN EL ADULTO DE UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.

GRADO DE OBESIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIMPLE	62	36.9
GRADO I	67	39.8
GRADO II	31	18.4
GRADO III	8	4.7
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directas

Grafica No. 6

GRADO DE OBESIDAD EN EL ADULTO DE UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No 6

Asimismo se puede confrontar en la gráfica 6 el grado de obesidad que presenta predominio es de 67 participantes con Grado I, un 39.8 %, la obesidad simple presentan 62 de los encuestados, un 36.9 % , seguida de Grado II con 31 casos representando un 18.4 %, afortunadamente solo 8 de ellos son de obesidad grado III, con un porcentaje de 4.

Cuadro No. 7

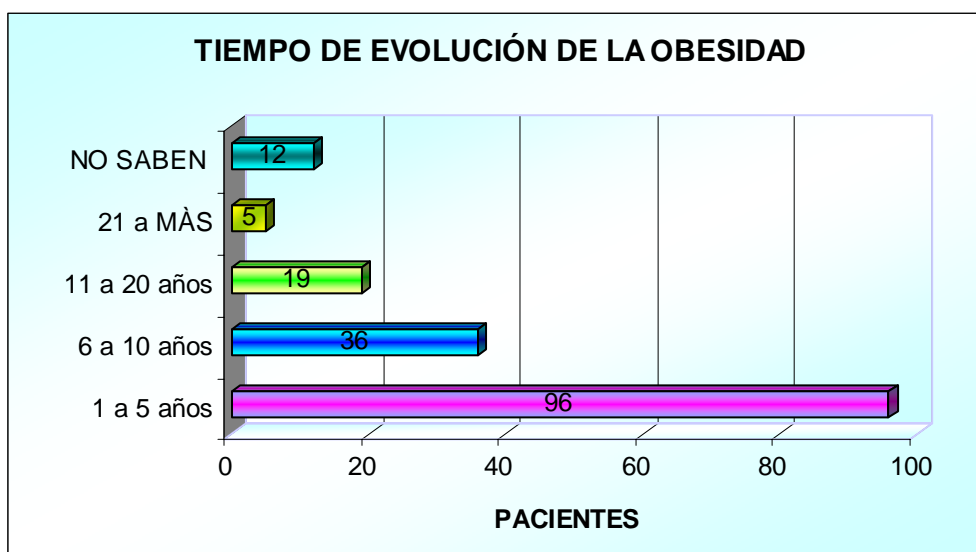
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA OBESIDAD EN EL ADULTO DE UMF # 27 JUCHIPILA ZACATECAS.

TIEMPO DE EVOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 – 5	96	57.1
6 – 10	36	21.4
11 – 20	19	11.3
21 a MAS	5	2.9
NO SABEN	12	7.1
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directas

Grafica No. 7

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA OBESIDAD EN EL ADULTO DE UMF # 27 JUCHIPILA ZACATECAS.



Fuente: Cuadro No. 7

Analizando el tiempo de evolución de la obesidad, obtuvimos que 96 pacientes tienen de 1 a 5 años de evolución, un 57.1% y de 6 a 10 años un total de 36 casos, con un 21.4 %, 19 de ellos de 11 a 20 años solo un 11.3 % mientras que en el rubro de 21 o mas años encontramos solo 5 casos constituyendo el 2.9 %, de los restantes no saben cuanto tiempo tienen padeciéndola siendo un total de 12 casos ,un 7.1 %.

Cuadro No 8

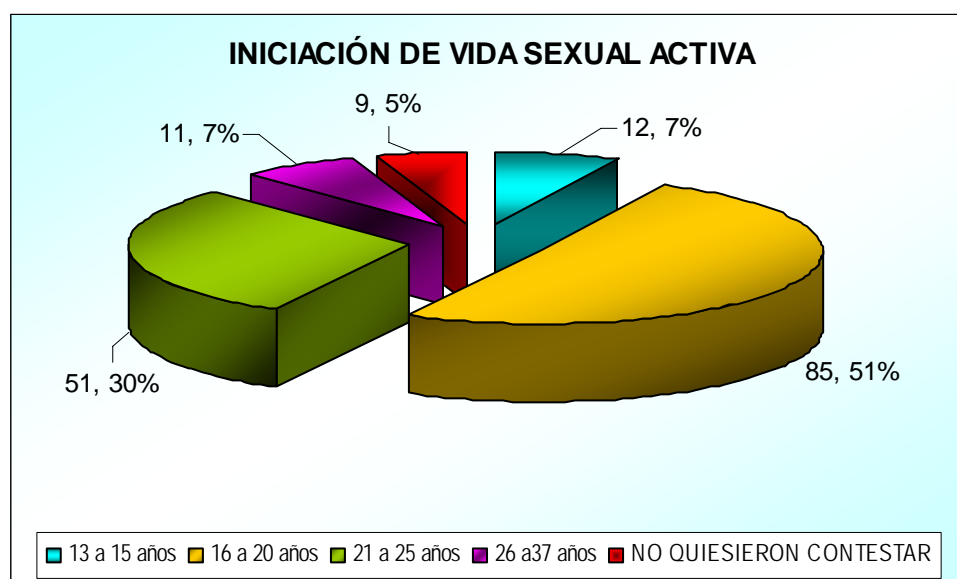
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN LOS ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZACATECAS

EDAD DE IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 – 15	12	7
16 - 20	85	51
21 – 25	51	30
26 – 36	11	7
NO CONTESTARON	9	5
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directas

Grafica No. 8

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN LOS ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZACATECAS



Fuente: Cuadro No 8

La iniciación de vida sexual se encuentra estrechamente relacionada con la funcionalidad conyugal donde encontramos que 85 de los participantes la iniciaron a los 16 a 20 años constituyendo el 29 %, 51 la iniciaron desde los 21 o mas 25 años siendo el 30% , 12 de los pacientes desde los 12 a 15 años comenzaron su vida sexual el 7% a 10 de los copartícipes inician a los 26 a 37 años representando un 7% con 11 casos y 9 casos de la población encuestada no quiso contestar representando solo un 5% de ellos.

Cuadro No. 9

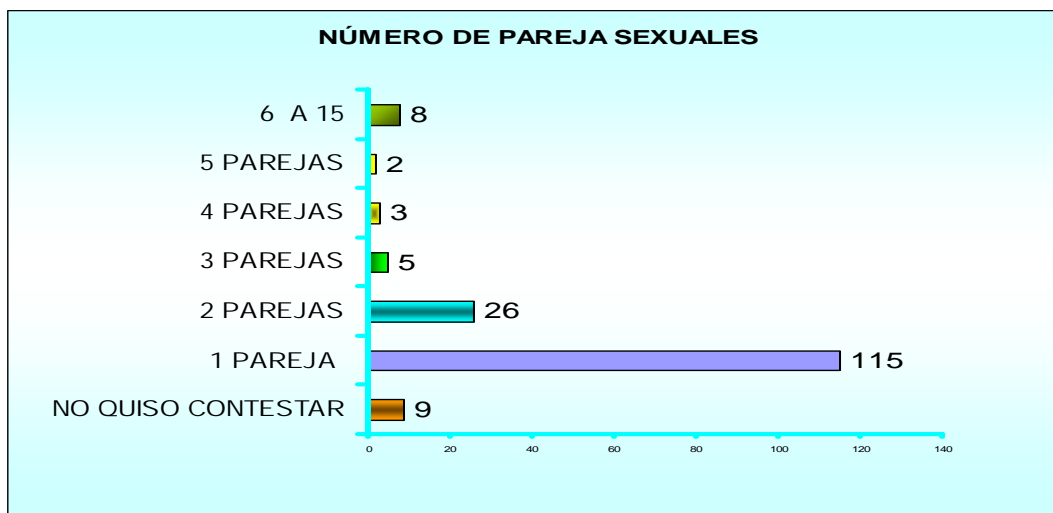
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZACACATECAS

No DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	115	68.46
2	26	15.7
3	5	2.9
4	3	1.78
5	2	1.19
6 A 15	8	4.7
5NO QUISIERON CONTESTAR	9	5.7
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas

Cuadro No. 9

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZACACATECAS



Fuente: Cuadro No 9

De 168 participantes 115 cuentan con sólo una pareja sexual, 68.48 %, con 2 parejas 26 casos un 15.7 %, 5 de los participantes han tenido 3 parejas, 2.9%, con 4 parejas 3 casos 1.78% y con 5 parejas solo 2, un 1.19% , 8 de los casos refieren un número de 6 a 15 parejas sexuales predominantemente hombres, mientras que 9 de los encuestados no quisieron contestar constituyendo un 5.7%.

Cuadro No. 10

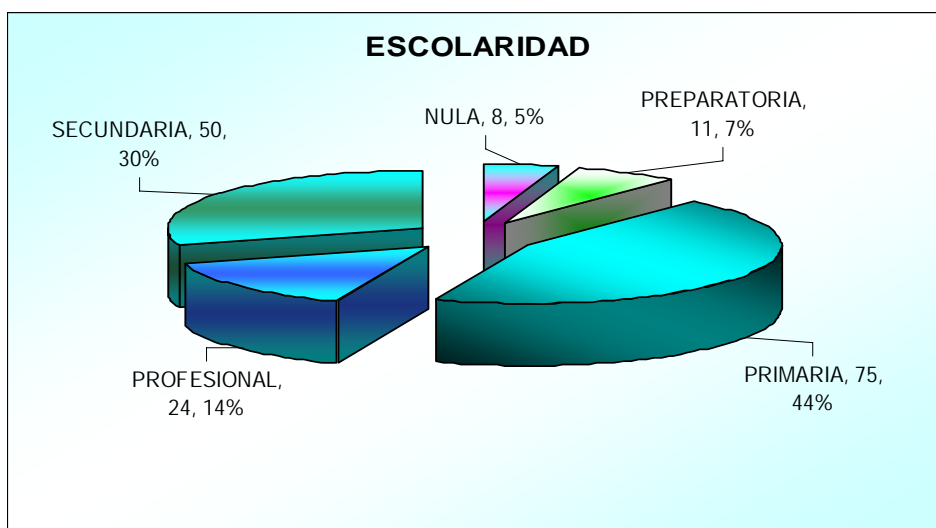
ESCOLARIDAD EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULA	8	5
PRIMARIA	75	44
SECUNDARIA	50	30
PREPARATORIA	11	7
PROFESIONAL	24	14
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta

Grafica No. 10

ESCOLARIDAD EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC



Fuente: Cuadro No.10

A analizar la escolaridad se encontró que juega un factor importante y determinante para la funcionalidad conyugal y la obesidad , es posible observar que el 44% de la población cuenta con primaria, un total de 74 casos siendo la de mayor prevaecía, 50 participes representan el 30% de los casos con secundaria, 11 terminaron la preparatoria un 7% y el 5 % su escolaridad es nula, sólo 8 casos, mientras que 24 de nuestros participantes son profesionales, formando un 14 %.

Cuadro No.11

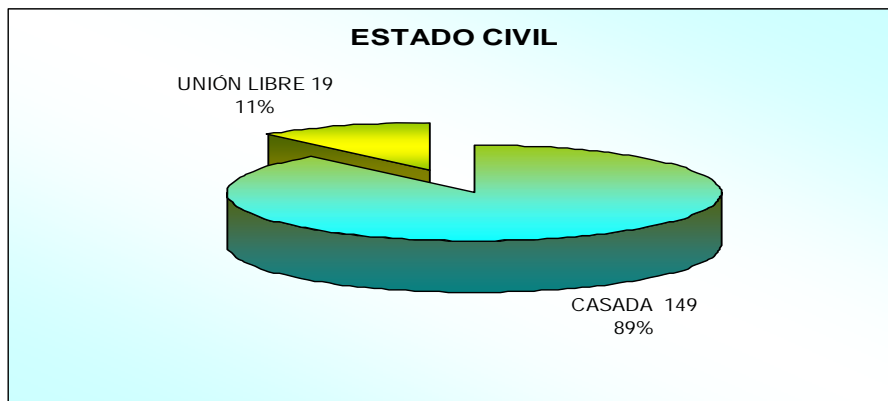
ESTADO CIVIL DEL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 DE JUCHIPILA ZAC.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	149	89
UNION LIBRE	19	11.0
TOTAL	168	100

Fuente: Encuestas Directa

Grafica No.11

ESTADO CIVIL DEL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 DE JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No 11

Dentro del estado civil puede observarse el predominio de población casada que representa un 89% y el otro restante lo conforman los que se encuentran en unión libre siendo un 11%. (Cuadro y Grafica No. 11)

Cuadro No. 12

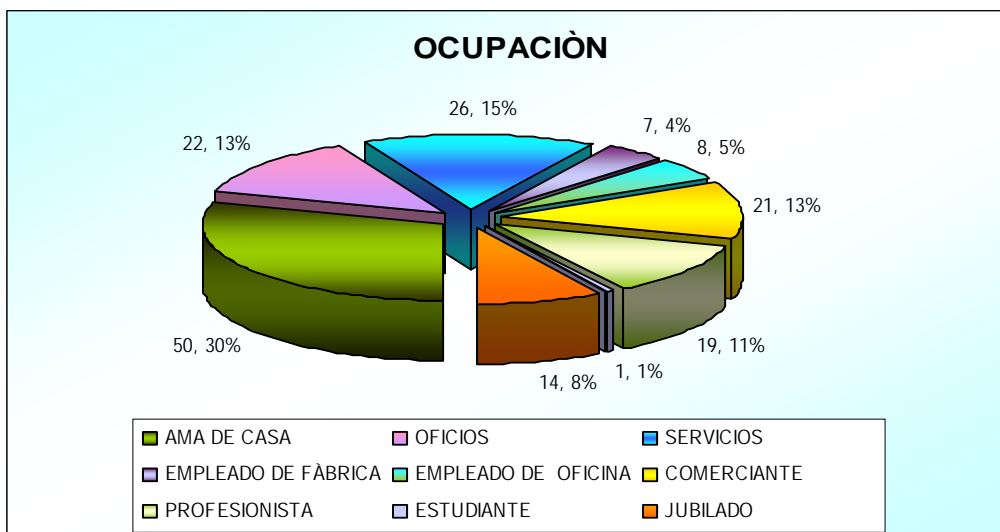
OCUPACION DEL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	50	30
OFICIOS	22	13
SERVICIOS	26	15
EMPLEADO DE FABRICA	7	4
EMPLEADO DE OFICINA	8	5
COMERCIANTE	21	13
ESTUDIANTE	1	1.
PROFESIONISTA	19	11
JUBILADO	14	8
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta Directa

Grafica No. 12

OCUPACION DEL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No. 12

Cuadro No 13

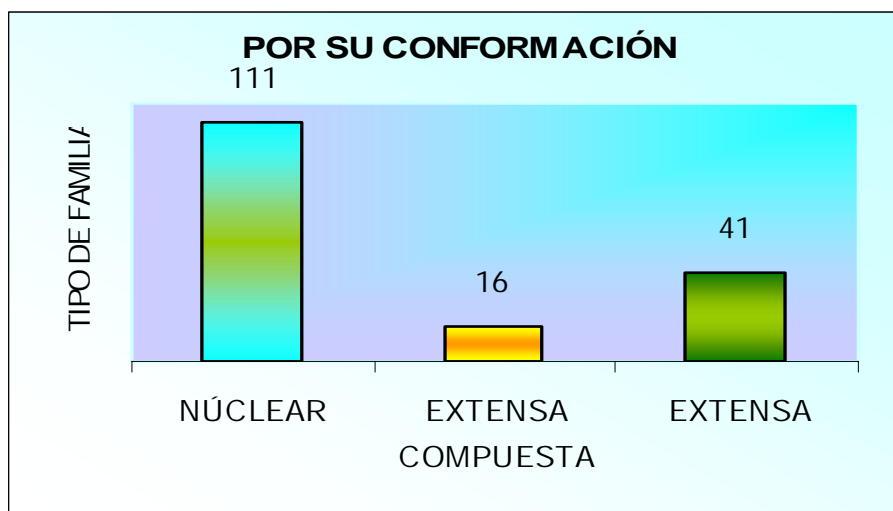
TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU CONFORMACION) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC

TIPO DE FAMILIA POR SU CONFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	111	66
EXTENSA	41	24.4
EXTENSA COMPUESTA	16	9.5
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta

Grafica No. 13

TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU CONFORMACION) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007



Fuente: Cuadro No 13

La distribución del instrumento nos brinda la posibilidad de observar la tipología familiar en base a su conformación, donde resultó con altas cifras la tipología nuclear con 111 casos, un 66 %, de nuestra población seguido de la extensa con un 24.4 % , 41 casos ,así como con la extensa compuesta un 9.6 %, un total de 16 casos.

Cuadro No. 14

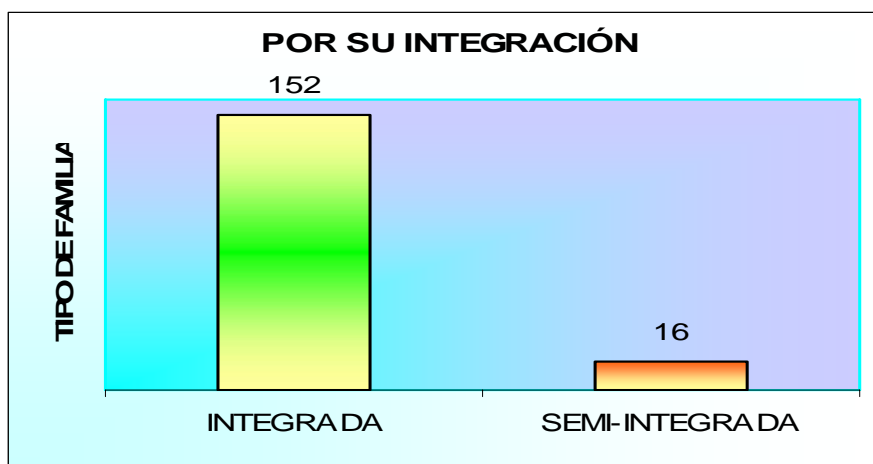
TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU INTEGRACION) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007

TIPO DE FAMILIA POR SU INTEGRACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTEGRADA	152	90.4
SEMI-INTEGRADA	16	9.52
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta Directa

Grafica No. 14

TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU INTEGRACION) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007



Fuente: Cuadro No. 14

En base a su integración resultó que la semi- integrada sólo la conforman 16 casos de ellos con un 9.52 %, mientras que la integrada son un total de 152 casos, constituyendo un 90.4 %.

Cuadro No. 15

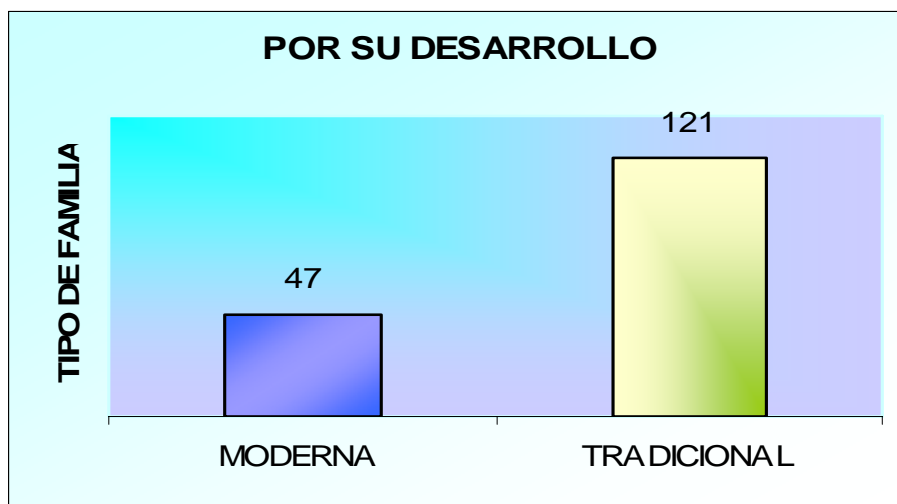
TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU DESARROLLO) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007

TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRADICIONAL	121	72.1
MODERNA	47	27.9
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta Directa

Grafica No. 15

TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU DESARROLLO) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007



Fuente: Cuadro No 15

Por su desarrollo predomina la familia tradicional con 121 participantes en un 72 % y sólo 47 son familias modernas conformando un 27.9 %. No olvidemos que nuestro estudio se realizo en un municipio.

Cuadro No. 16

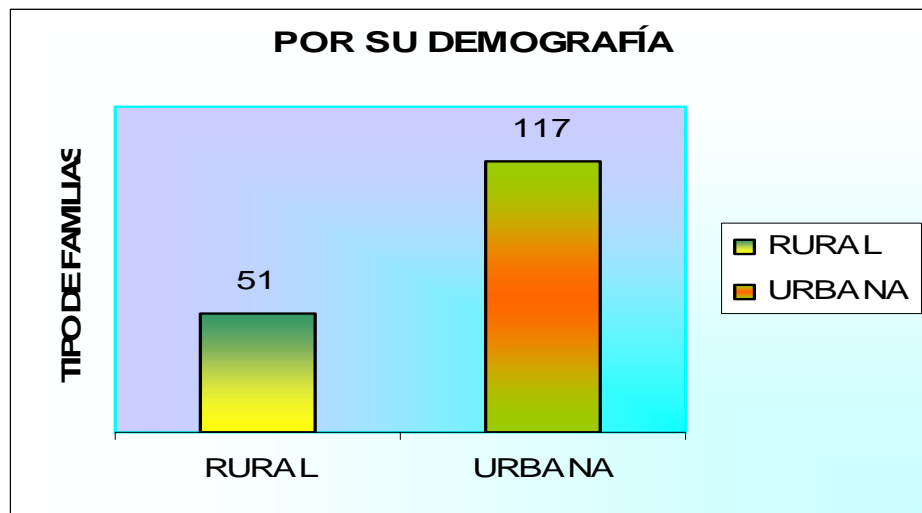
TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU DEMOGRAFIA) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007

TIPO DE FAMILIA POR SU DEMOGRAFIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	51	30.3
URBANA	117	69.6
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta

Grafica No. 16

TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU DEMOGRAFIA) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007



Fuente: Cuadro No. 16

Por su demografía es posible verificar que predomina las de origen urbano contemplando a 117 participantes con un 69.6 % y las de región rural con 51 casos con un 30.3 %.

Cuadro No. 17

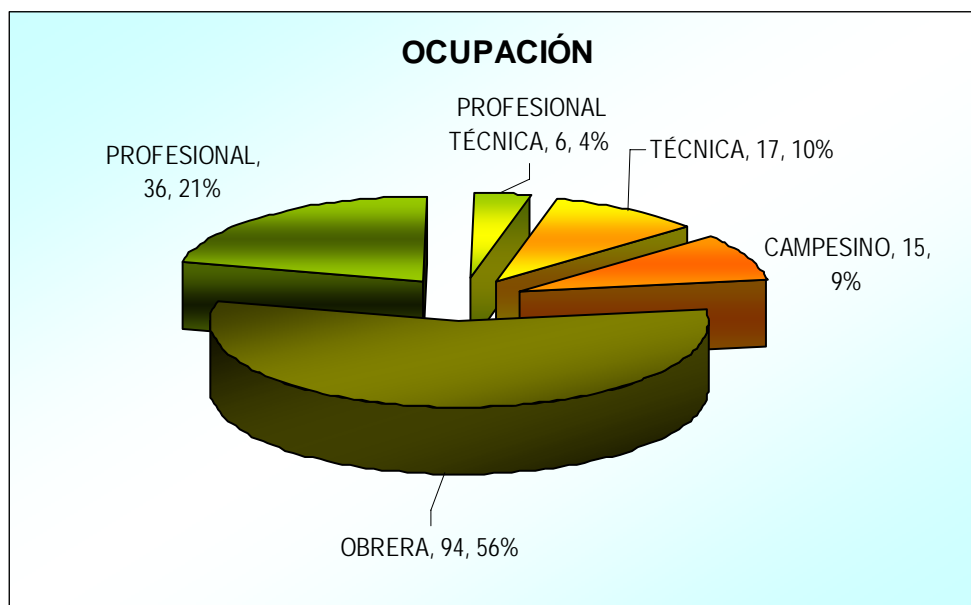
TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU OCUPACION) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007

TIPO DE FAMILIA POR SU OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBRERA	94	56
CAMPESINA	15	9
TECNICA	17	10
PROFESIONAL TECNICA	6	4
PROFESIONAL	36	21
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta Directa

Grafica No. 17

TIPOLOGIA FAMILIAR (POR SU OCUPACION) EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC. 2007



Fuente: Cuadro No.1

Tipología familiar en base a su ocupación presenta un predominio la obrera con un total de casos de 94, formando el 56 %, seguida del profesional con 36 casos con un 21.1 %, la técnica 17 casos con un 10 %, campesina es de 15 casos con un 9 %. (Cuadro y Grafica No. 17)

Cuadro No. 18

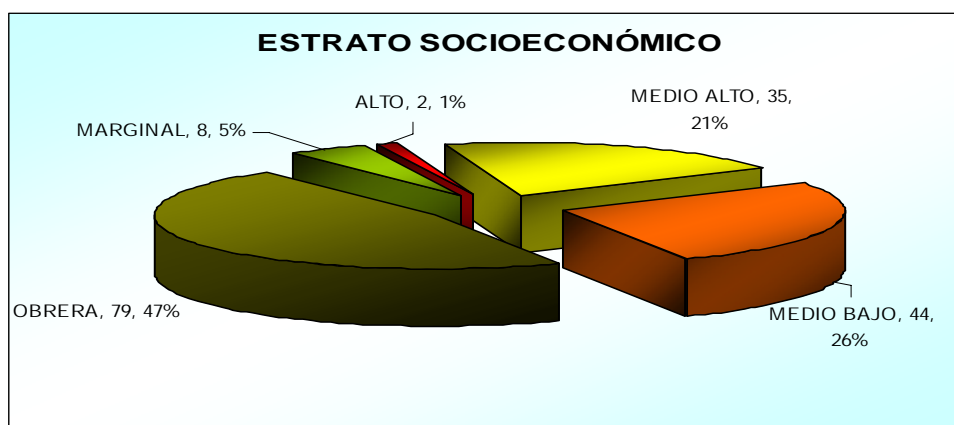
ESTRATO SOCIOECONOMICO EN LOS ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZACACATECAS 2007

ESTRATO SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	2	1
MEDIO ALTO	35	21
MEDIO BAJO	44	26
OBRERO	79	47
MARGINAL	8	5
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta Directa mediante el Método de Graffar.

Grafica No. 18

ESTRATO SOCIOECONOMICO EN LOS ADULTOS OBESOS DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZACACATECAS 2007



Fuente: Cuadro No. 18

Estrato socioeconómico de la población en porcentajes, mediante el método de GRAFFAR. La distribución de la riqueza contextualiza y ejemplifica, el tipo y calidad de vida poblacional, por lo tanto; es posible que el instrumento nos permita observar de manera cercana la funcionalidad conyugal después de analizar los datos anteriores sobre el peso, la talla, contrastar índice de masa corporal es posible que el estrato socioeconómico nos brinde un panorama más amplio para observar la funcionalidad conyugal de un adulto obeso, verificando que la población más abundante la encontramos en la de clase obrera con 79 participantes que conforman el 47% las de estrato medio bajo son el 26% las de clase marginal son 8 que representan un 5% , siendo las de estrato medio alto 35 pacientes conformados que son el 21% y únicamente las de estrato alto la conforman el 1% de la población restante. (Cuadro y Grafica No.18)

Cuadro No. 19

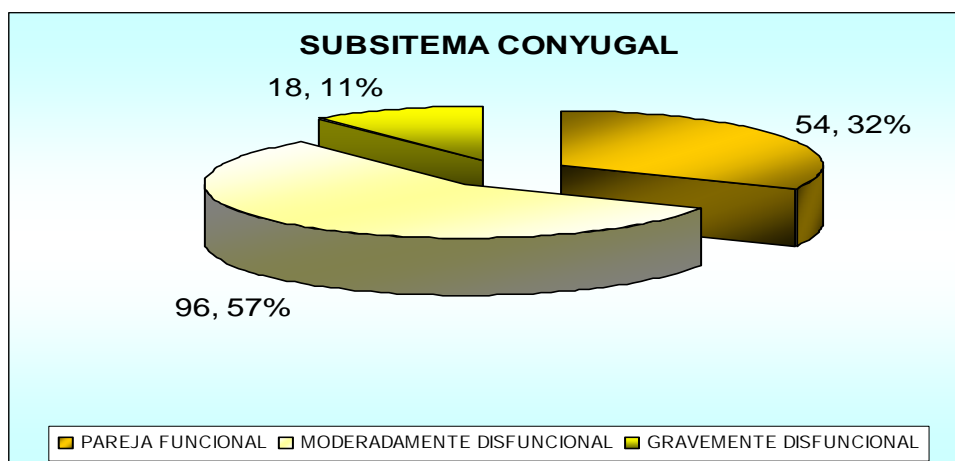
SUBSISTEMA CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAREJA FUNCIONAL	54	32 %
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	96	57 %
GRAVEMENTE DISFUNCIONAL	18	11 %
TOTAL	168	100 %

Fuente: Encuesta mediante la Valoración de la Funcionalidad Conyugal del **Dr. Víctor Chávez Aguilar**.

Grafica No. 19

SUBSISTEMA CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF # 27 JUCHIPILA ZAC.



Fuente: Cuadro No. 1

De primordial importancia, el subsistema conyugal aporta que 54 de los encuestados están consideradas como pareja funcional, siendo el 32 %, a 96 participantes que conforman un 57% se encuentran en el rango de moderadamente funcional, y el 11 % se encuentran en categoría de gravemente disfuncional formado por 18 casos de los encuestados.

Cuadro No. 20

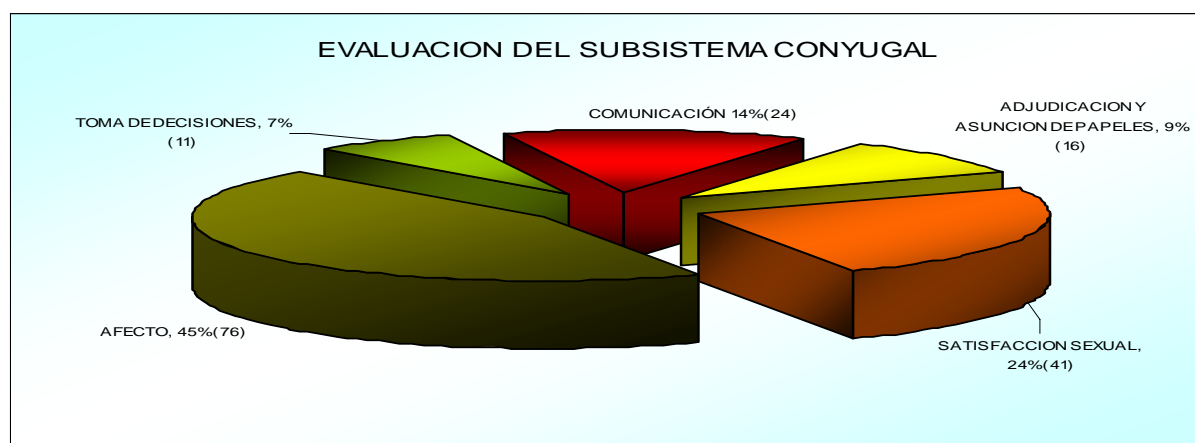
EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF · 27 JUCHIPILA ZACATECAS

SUBSISTEMA CONYUGAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMUNICACIÓN	24	14.2
ADJUDICACION Y ASUNCION DE PAPELES	16	9.52
SATISFACCION SEXUAL	41	24.4
AFECTO	76	45.2
TOMA DE DECISIONES	11	6.54
TOTAL	168	100

Fuente: Encuesta directa

Grafica No 20

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO DE LA UMF · 27 JUCHIPILA ZACATECAS



Fuente: Cuadro No 20

Según la gráfica anterior nos muestra el rubro mayormente afectado en los pacientes portadores de obesidad, siendo claramente la afección tan directa en los rubros de satisfacción sexual y afecto, representando un 24.4% y 45.2% respectivamente, estas seguidas por afección en la comunicación con un 14.2% de nuestros casos, corroborando las teorías anteriores, en nuestros adultos obesos, un 9.52% fue el resultado de adjudicación y asunción de papeles, mientras que la toma de decisiones, su afectación fue de un 6.54% de nuestra población.

10.- DISCUSIÓN

A través de este estudio fue posible la detección de las características comunes en los adultos obesos en la UMF Núm. 27 de Juchipila, Zacatecas.

En nuestro estudio hemos encontrado una prevalencia de obesidad elevada mayormente en el sexo femenino, predominando en las edades más productivas, lo que coincide con lo reportado por la Encuesta Nacional de Nutrición del 2006.

Los resultados obtenidos enfatizan, la prevalencia de obesidad por grupos de edad entre los 30 a 34 años y de 45 a 49 años, respectivamente, en un 25 % de la población encuestada. Siendo mayor que la reportada a nivel nacional a través de el Instituto Nacional de Salud Pública 2006, donde el predominio por grupo de edad, fue mayor en personas de 40 a 49 años y de 50 a 59 años, con un 23.9 %, sin embargo, no debemos olvidar que nuestro estudio, esta realizado en una cabecera Municipal, de uno de los estados con mayor índice de emigración a los Estados Unidos, por lo que juegan un papel primordial los factores transculturalizados, de igual manera los antecedentes familiares, ya que la influencia extranjera es predominante en esta región por la misma causa.

Las variaciones en el grupo de edad, ya mencionados anteriormente se deben quizá a los antecedentes culturales de nuestro país vecino, enfocados al tipo de dieta. A diferencia de los reportes de la OMS y La Encuesta Nacional de Nutrición como también la Sociedad Española de Nutrición. Donde reporta mayor índice de obesidad, a mayor edad. Y probablemente a los Instrumentos de medición utilizados, las variables

aplicadas, donde predomina el interés por saber la funcionalidad conyugal en el adulto obeso que son diferentes en nuestra población.

De los factores asociados a obesidad en el adulto con significancia estadística, fue la sexo femenino, no representa un hallazgo inesperado, la mayor proporción de las mujeres son portadoras de obesidad, siendo éste un fenómeno constante en los estudios epidemiológicos, como ya ha sido referido por el mismo rol, que juega la mujer en las familias mexicanas, en su mayoría edad reproductiva, ocupación con predominio de ama de casa, más bajo nivel educativo, primaria en un 44 % de nuestra población estudiada, casadas con una familia tradicional y con más bajo estrato socioeconómico, con predominio obrera, en un 47 % y medio bajo 26 %, con esto se corrobora los resultados de estudios anteriores, donde describe, que la obesidad es cada vez más frecuente en personas de bajos recursos, esto aunado a la poca o nula educación nutricional, ya sea por falta de acceso a ellos y/o bajo nivel económico y cultural de cada una de las familia de nuestra población.

Se encontró una asociación relevante con el tipo de familia extensa, siendo un factor de riesgo, que otra persona viva en el hogar con diferente “herencia cultural”.

A diferencia de lo ya escrito, nosotros encontramos en nuestra población, un mayor riesgo para obesidad, los adultos del medio urbana, posiblemente secundario a la inactividad física por acceso fácil a los medios de trabajo y más disponibilidad de alimentos ricos en contenido energético.

El Consenso de Obesidad 2006, considera que la obesidad rebasa los límites estéticos condicionados por la apariencia física, de ahí, la atribución a la obesidad, lo que conlleva a la disfuncionalidad conyugal, sobre todo en

mujeres, ya que nuestro estudio, dio como resultado que ellas perciben no ser aceptadas por su pareja, secundario a esto, la comunicación entre ellos esta alterada, así como, las manifestaciones de afecto, no se perciben queridos, aceptados por la pareja, teniendo elevados casos de insatisfacción en la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales con la pareja, atribuidos a su apariencia física, principalmente en mujeres. Contando con un índice de funcionalidad conyugal de 57% en el rango de moderadamente funcional, mientras que la gravemente disfuncional nos reporta un 11%, en tanto que las parejas funcionales se encuentran en un 32 %, estos últimos de predominio masculino, ya que estos manifiestan ser más aceptados en todos los ámbitos con su obesidad e incluso por su pareja.

11.- CONCLUSIONES

En el presente estudio de investigación, se concluye que la funcionalidad conyugal, esta presente en comunicación adjudicación y asunción de papeles, así como en la toma de decisiones en comparación con la satisfacción sexual y el afecto en donde existe una mayor alteración.

Por otro lado, dio como resultado que las mujeres perciben no ser aceptadas ni queridas por su pareja, resultando elevados casos de insatisfacción en la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales, atribuidos a su apariencia física, mientras que el hombre manifiestan mayor incremento en su autoestima, ser más aceptados en todos los ámbitos con su obesidad e incluso por su pareja.

Considerando que la epidemia seguirá creciendo, nuestro estudio constituye un modelo educativo perfectible que puede servir de base para facilitar el desarrollo de futuros programas educativos, enfocados no solo a la afección de la obesidad a nivel metabólico sino dando el enfoque desde esta expectativa, subsistema conyugal. Es necesario cambiar la visión en el manejo de la obesidad deberla de manera individual en un paciente, a un padecimiento familiar con alta influencia cultural.

Debido a la disfuncionalidad secundaria a esta enfermedad y teniendo en cuenta que en nuestra población la base de la funcionalidad conyugal y familiar es la mujer y quien resulta ser la más afectada en un 74 % , es de vital importancia que nosotros como médicos de primer nivel de atención conozcamos los factores de riesgo para diagnosticarla oportunamente por que sabemos, puede ocasionar discapacidad permanente e incluso la muerte debido a la alta tasa de incidencia reportada, teniendo como antecedentes que las mujeres son con quien más tenemos contacto en los servicios de salud en todos los niveles.

Nuestro estudio demostró utilidad en nuestra población ya que nos permitió conocer los características en común, así como los factores que se asocian a la obesidad en nuestros adultos, sus repercusiones que tiene el ser portador de obesidad en su vida personal, como es la de vital importancia, la vida conyugal, siendo en nuestra especialidad la prioridad, *La mejor*

protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive.

Son pocos los estudios realizados de la obesidad con este enfoque, con este estudio a ademas de la contribución de la identificación de la situación nutricional de nuestra población en edades productivas, nos brinda la oportunidad de continuar con líneas de investigación de la situación emocional de la personas tanto portadores como las que se encuentran en riesgo.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹.Encuesta Nacional de Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública
2006; 85-103.
- ² Nutrición saludable.com, "obesidad", febrero 2008, Pág. 39-47. disponible en: www.nutricionsaludable.com.mx.
- ¹ .-Hernán DC, M.D., M.Sc., M.P.H. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud Colomb Med 2002; 33: 72-80.
- ¹ La epidemia de la obesidad – Sistema Nacional de Salud 2006.- 17 Octubre 2007.
- ¹ Rivera DJ, Rev. Salud Pública y Nutrición. La situación alimenticia en Mexico .No3 -2000. (edición especial).
- ¹ Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad "SEEDO". Consenso SEEDO `2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica; Med. Clin (Barc) 200 (en prensa); Form Cont. Nutr Obes 2000 (en prensa).
- ¹ Vargas AL, Bastarrachea SR, Laviada MH, Gonzalez bj, Bailar. Obesidad Consenso (FUNSALUD). Editorial McgGraw-Hill interamericana. 2002, Pág. 2-33(1).
- ¹ Barquera-FS, Barquera S, García E, González VC, Hernández AM, Lonngi G, Morin R, Rivera DJ, Velásquez C .Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. La obesidad en Mexico. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol.12, No4 Supl. Octubre- Diciembre 2004. Pág. S80-S87.
- ¹ Morin ZR, Lonngi G. Aspectos Generales de la Obesidad .Editorial Litografo, S.A.de CV 2005, Pág.19 -27 (02).
- ¹ García GE. ¿Que es la obesidad? Rev., de Endocrinología y Nutrición Vol.12, No4 Supl.3 Octubre –Diciembre 2004, Pág. S88-S90.
- ¹ Barquera FS, García E, González –Villalpando C, Hernández –AM, García GE. ¿Que es la obesidad? Rev., de Endocrinología y Nutrición Vol.12, No4 Supl.3 Octubre –Diciembre 2004. Pág. S88-S90.

¹ Lonngi G, Morin R, y cols. Obesidad en el Adulto.(E66) Rev. Practica Medica Efectiva. Instituto Nacional de Salud pública. Editorial CENIDS.2003, Vol 5, No 2.

Popkin B. An overview on the nutrition transition and its health 3 implications: The Bellagio meeting. Public Health Nutr. 2002; 5(1A): 93- 103.

¹ Centro de prensa OMS "Obesidad y Sobrepeso" nota descriptiva num. 311, sep. 2006; Pág. 1.8.

¹.- Botvinik,J. Economía moral: seguro popular y oportunidades", La Jornada, 16 Sep.2003.

¹ - Factors associated with overweight and obesity in Mexican school-age Children Salud Pública Méx. 2003; Vol. 45(sup. 4):551-557.

¹ Organización Mundial de la Salud. Global Atlas of the Health workforce (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

¹Varo JJ, Martínez MA, González JA. Obesity prevalence in Europe J. Departamento de fisiología y nutrición. Med. Sci Sports Excerc; (En prensa) 2001.

AGREGAR

1720 reportan aumento de obesidad ritmo no visto en el mundo antes-

¹ Gómez DH, Vazquez MJ, Fernández CS. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Rev. Méd. IMSS 2004; 42(3).

¹ Arellano MS, Bastarrachea SR, Bourger RH y cols. Revista de Nutrición y endocrinología;"La obesidad en México; posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y endocrinología: vol. 12 No.4, supl3.; Octubre-Diciembre 2004 Pág. 80-87.

¹ Jiménez C.A.; Revista ciencia" obesidad, Diabetes y pobreza: Costo e implicaciones", Rev. 58-2; ed., octubre 2007; pàg1-4; disponible en: www.revistaciencia.com.amc.educ.mx.

¹ Figueroa M. E., El Diario,"Prevalecía de obesidad estado de chihuahua", septiembre 2007; Pág. 1-3.disponible en: www.eldiariodechihuahua.com.mx. consultado 27 septiembre -2007.

¹ Rosen w. Medicina de Urgencias. Cáp.30.Vol3.Pág. 2387-2388

¹ Onatra W.H.; Revista de Menopausia,"Lipoproteína, obesidad y riesgo cardiovascular"; Instituto Materno-infantil; Santiago de Bogota D.C. Marzo 2007, pàg1-6.

¹ Berdasco G A. Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría.Revista Cubana Aliment Nutr 2002; 16(2): 146-52.

¹ Vazquez V V. Cuales son los Problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnostico y tratamiento del paciente obeso. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol.12,No.4 supl 3, Octubre – Diciembre 2004 Pág. S135 –S142.

27 Arellano L.J. Sánchez A." Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja-Cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades".Cáp.7;Pág. 243-244

28 Brizuela D.V., Ojeda G.A. y cols. " Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja, inventario de apoyo para la pareja"; Cáp. 4; Pág. 183-184.

¹ Irigoyen-Coria A. Tipología familiar. Nuevos fundamentos de medicina familiar mexicana. México DF; Ed. Medicina Familiar Mexicana: 2002.
Pág.151-157.

¹ Huerta G JL Y Cols. Estudio de Salud Familiar PAC MF-1, Ed. Intersistemas, Méx. 1999, Pág. 44.

¹Salazar CE, Boschetti FB, Monroy CC, Ponce R, Irigoyen Coria A.Fisfuncion conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores.Archivos en Medicina Familiar.Vol.7 2005. (2) 45-48.

¹ Chávez –Aguilar V, Velasco –Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev.Med.IMSS (Méx.)1994; 32: Pág. 39-43.

13.- ANEXOS

13.1 ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL ZACATECAS
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 27 JUCHIPILA ZACATECAS
“**FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO**”
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de Encuesta: ____/____/____ **A. Folio** 01 ____
Nombre Iniciales: _____ No. De afiliación _____

B. Edad Cumplida años. ____/____/____ meses _____

C.- Sexo: 1) masculino () 2) femenina ()

D).-1).- Peso ____ Talla ____ IMC ____ Tipo de obesidad _____

2).- obesidad si () no () Tiempo de evolución _____

3) IVSA _____ Num de parejas sexuales _____

E).Domicilio _____

F).- Ocupación: ____ 1). - Permanente ____ Eventual ____

1) Ama de casa 5). -Empleado de oficina 9).- Jubilado

2) Oficio 6). - Comerciante

3).- Servicios 7).- Profesionista

4).- Empleado de fabrica 8).- Estudiante

G. Escolaridad: 1) Nula () 2) Primaria () 3) Secundaria ()

4) Preparatoria () 5) Profesional ()

H. Estado Civil: 1). Casada () 2). Divorciada (NA) 3). Separada (NA).

4). Viuda (NA) 5). Unión Libre ()

I. Tipo de Familia

Lea cuidadosamente y marque con una **X** su respuesta:

a).- **En base a su conformación:**

1). Nuclear () 2.) Extensa. Compuesta ()

3). Extensa () 4.) Familia Monoparental (NA).

b).- **En base a su desarrollo:**

1). Moderna () 2). Tradicional ()

c).- **En base a su demografía:**

1). Urbana () 2. Rural ()

d).- En base a su integración:

- 1). Integrada () 2). Semi-integrada () 3). Desintegrada (NA)

e).- En base a la ocupación:

- 1). Campesina () 2). Obrera () 3).-Técnica ()
4). Profesional Técnica () 5). Profesional ()

METODO DE GRAFFAR

(ESTRATO SOCIOECONOMICO)

Marque con una X la respuesta que mas lo identifique.

J).- PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc ()
2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc ()
3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa ()
4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc. ()
5.- obrero no especializado, servicio domestico, etc. ()

K).-NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1.- universitaria o su equivalente ()
2.- enseñanza técnica superior y/o secundaria completa ()
3.- secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) ()
4.- educación primaria completa ()
5.- primaria incompleta, analfabeta ()

L).-PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO

- 1.- fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar ()
2.-ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios
Profesionales (Médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales. ()
3.-sueldo quincenal o mensual ()
4.-salario diario o semanal ()
5.-ingresos de origen público o privado (subsidios) ()

Ñ).- CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias. ()
2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias ()
3.-Vivienda con aspecto reducido pero confortable y bueno condiciones sanitarias ()
4.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes
Condiciones sanitarias ()
5.- Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción
lativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias. ()

Total: _____

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

DR VICTOR CHAVEZ AGUILAR

Marque con una **X** la respuesta que elija

	NUNCA	OCACIONAL	SIEMPRE
	(1)	(2)	(3)
O).COMUNICACIÓN			
a) Cuando quiere comunicarle algo a su pareja se lo dice directamente	_____	_____	_____
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambian	_____	_____	_____
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	_____	_____	_____
P).- ADJUDICACION Y ASUNCION DE PAPELES			
a).- La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	_____	_____	_____
b).- Son satisfactorios los papeles que asume la pareja	_____	_____	_____
c).- Se propicia el intercambio de papeles entre la pareja	_____	_____	_____
Q).- SATISFACCION SEXUAL			
a).- Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	_____	_____	_____
b).- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	_____	_____	_____
R).- AFECTO			
a).- Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja	_____	_____	_____
b).- El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	_____	_____	_____
c).- Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	_____	_____	_____
d).- Percibe que es querido por su pareja	_____	_____	_____
S).- TOMA DE DECISIONES			
a).- Las decisiones para la pareja se toma conjuntamente	_____	_____	_____
TOTAL _____			

ANEXO 2

13.2 CLASIFICACION INTEGRAL DE LA FAMILIA

Se clasifica en:

- 1.- **Según su composición:** nuclear (formada por padre, madre e hijos) extensa (formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o afinidad), extensa compuesta (además de los incluidos en la familia extensa, se agregan miembros sin ninguna nexos legal, como amigos y compadres)
- 2.- **Según su desarrollo:** familia moderna (cuando la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre), tradicional (cuando el subsistema proveedor, esta constituido por el padre).
- 3.- **Según su demografía:** rural o urbana (según la ubicación de la familia)
- 4.- **Según su integración:** familia integrada (cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones), semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumple de manera satisfactoria sus funciones) o desintegrada (los cónyuges no viven juntos).
- 5.- **Según su ocupación:** Campesina, obrera, técnica, profesional técnica o profesional

ANEXO 3

13.3 MÉTODO DE GRAFFAR

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método, el puntaje va del 1 al 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.

Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable según la siguiente tabla:

PUNTAJE	ESTRATO	A	B	C	D
4-6	Estrato alto				
7-9	Medio alto				
10-12	Medio bajo				
13-16	Obrero				
17-20	marginal				

Las 4 variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

A).- PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc
- 2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc
- 3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- obrero no especializado, servicio domestico, etc.

B).- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1.- universitaria o su equivalente
- 2.- enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4.- educación primaria completa
- 5.- primaria incompleta, analfabeta

C).- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO

- 1.- fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas, profesionales
- 3.- sueldo quincenal o mensual
- 4.- salario diario o semanal
- 5.- ingresos de origen público o privado (subsidios)

D).- CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.- vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- vivienda con aspecto reducido pero confortable y buenas condiciones sanitarias
- 4.- vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

ANEXO 4

13.4 EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

DR VICTOR CHAVEZ AGUILAR

Un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges es el instrumentos de evaluación del subsistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar acabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se clasifican en de la siguiente forma:

EVALUACION DEL SUSBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARÁMETROS	CALIFICACIÓN ASIGNADA	%
I. COMUNICACIÓN	CLARA	10	30
	DIRECTA	10	
	CONGRUENTE	10	
II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE PAPELES	CONGRUENCIA	5	15
	SATISFACCIÓN	5	
	FLEXIBILIDAD	5	
III .SATISFACCIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	10	20
	SATISFACCIÓN	10	
IV. AFECTO	MANIFESTACIÓN FÍSICA	5	20
	CALIDAD DE CONVIVENCIA	5	
	INTERÉS POR EL DESARROLLO DE LA PAREJA	5	
	RECIPROCIDAD	5	
V. TOMA DE DECISIONES	CONJUNTA	15	15
	INDIVIDUAL	0	
	TOTAL	100	100

ESCALA EVALUATIVA

NUNCA OCACIONAL SIEMPRE

O). COMUNICACION

a) Cuando quiere comunicarle algo a su pareja se lo dice directamente	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>10</u>
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambian	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>10</u>
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>10</u>

P).- ADJUDICACION Y ASUNCION DE PAPELES

a).- La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>
b).- Son satisfactorios los papeles que asume la pareja	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>
c).- Se propicia el intercambio de papeles entre la pareja	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>

Q).- SATISFACCION SEXUAL

a).- Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>10</u>
b).- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>10</u>

R).- AFECTO

a).- Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>
b).- El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>
c).- Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>
d).- Percibe que es querido por su pareja	<u>0</u>	<u>2.5</u>	<u>05</u>

S).- TOMA DE DECISIONES

a).- Las decisiones para la pareja se toma conjuntamente	<u>0</u>	<u>7.5</u>	<u>15</u>
--	----------	------------	-----------

Sumando el puntaje total, las disfunciones se clasifican en de la siguiente forma:

TOTAL 100

CALIFICACIÓN:

0 – 40 **PAREJA GRAVEMENTE DISFUNCIONAL**

41 – 70 **PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL**

71 – 100 **PAREJA FUNCIONAL.**



ANEXO 5

13.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN EL ADULTO OBESO”

Registrado con numero 2434-2007-10382 ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No.1 del IMSS en Zacatecas, Zac.

El objetivo de este estudio es Identificar la funcionalidad conyugal en el adulto obeso

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta personal, así como la toma de mi talla y peso. Con la finalidad de conocer la prevalencia de este padecimiento y diagnosticarla oportunamente.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que será identificar la funcionalidad conyugal en el adulto obeso y en su caso darle seguimiento al padecimiento así como su derivación oportuna para recibir atención especializada.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha asegurado que no me identificara en la presentación y publicación que deriven de éste y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que se derive de este estudio.

Juchipila ,Zac. a _____ de _____ del 2007.

Los números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de alguna duda o aclaración son: 467 95 2 09 76 y 044 492 1210 978 en horario de lunes a viernes de 8 a 15: 00 hrs. con la DRA. MARISOL MUÑOZ BARRIOS

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

DRA. MARISOL MUÑOZ BARRIOS

Matricula IMSS 11806818

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO