



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES
ADULTOS CON SOBREPESO-OBESIDAD ATENDIDOS
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

NORMA ANGÉLICA CORTÉS UGALDE

Tutora:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Generación 2007 – 2010



MÉXICO D.F.

2009



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.

AGRADECIMIENTOS:

A mi esposo y mi hija: Paco y Estefi por su amor, comprensión, paciencia y por todos los momentos felices que hemos pasado formando esta pequeña familia.

A mis papas y hermanos: Norma, Víctor, César y Víctor Hugo por su comprensión y apoyo en todo momento para lograr esta meta.

A todos mis compañeros por permitirme conocerlos y llevarme buenos recuerdos de cada uno, en especial a Ame, Oscarin, Héctor y sobre todo a mi gran amiga Gaby por brindarme su amistad y apoyo incondicional, por los buenos momentos y por ser una persona excepcional.

A mis profesoras: Dra Victoria y Dra Carmen por su participación en mi formación como Medico Familiar, en especial a la Dra Santa por su ejemplo de rectitud, disciplina, imparcialidad y perseverancia, por su apoyo en la culminación de esta tesis

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
MARCO TEÓRICO	1
JUSTIFICACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPÓTESIS	11
OBJETIVOS	12
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS.	27
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS	55
ANEXOS	58

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO-OBESIDAD ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO-OBESIDAD ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Cortes-Ugalde Norma Angélica¹, Vega-Mendoza Santa².

1. Médico residente de tercer año del curso de especialización en Medicina familiar.

2. Médico especialista en Medicina Familiar, Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Lugar del estudio: UMF No. 20.

Introducción: la obesidad es una patología de salud pública con múltiples repercusiones. **Objetivo:** Identificar la funcionalidad familiar en pacientes adultos con sobrepeso-obesidad atendidos en una unidad de primer nivel. **Material y métodos:** estudio descriptivo en 350 adultos de consulta externa adscritos a la UMF No.20 del IMSS de agosto-diciembre del 2008, mayores de 18 años, previo consentimiento informado se aplicó un instrumento expreso con datos sociodemográficos, IMC y cuestionario de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (EFF). El análisis fue mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se detectó **sobrepeso** en 38.6%(n=135), un perfil de edad 31-40/51-60 años en 19.3%(n=26), género femenino 69%(n=93), empleados 42.2%(n=57), nivel socioeconómico obrero 39.3%(n=53), secundaria 37%(n=50), familias funcionales en afecto 93.4%(n=126), comunicación 75.6%(n=102), resolución de problemas 94.8%(n=128), patrones de conductas 85.2%(n=115). **Obesidad** en el 36.3%(n=127). **Grado I** 72.4%(n=92), perfil 41-50 años 23.9%(n=22), femeninos 73%(n=67), amas de casa 46.7%(n=43), nivel económico obreros 44.6%(n=41), primaria 35.9%(n=33); familia funcional en afecto 90.9%(n=86), comunicación 78.3%(n=72), resolución de problemas 85.9%(n=79), patrones de conductas 90.2%(n=83). **Grado II** en un 19%(n=24), perfil 41-50 años 33.3%(n=8), femeninos 75%(n=18), amas de casa 58.3%(n=14), nivel económico obreros 41.7%(n=10), primaria 41.7%(n=10); familia funcional en afecto 91.7%(n=22), comunicación 58.3%(n=14), resolución de problemas 91.7%(n=22), patrones de conductas 79.2%(n=83). **Grado III** en un 8.6%(n=11), perfil 51-60 años 45.5%(n=5), femeninos 72.7%(n=8), amas de casa 63.6%(n=7), nivel económico obrero 54.5%(n=6), primaria/ secundaria 36.4%(n=4); familia funcional en afecto 90.9%(n=10), resolución de problemas 81.8%(n=9), patrones de conductas 90.9%(n=10) y disfuncional en la comunicación 54.5%(n=6). **Conclusiones:** Entre mayor grado de obesidad se altera la comunicación familiar.

Palabras claves: funcionalidad familiar, adultos, sobrepeso, obesidad, primer nivel de atención.

MARCO TEÓRICO

El sobrepeso y la obesidad son considerados en la actualidad como una epidemia mundial en adultos, niños y adolescentes.¹

Es una enfermedad de carácter crónico cuya etiología es compleja y no ha sido plenamente entendida, sin embargo, se puede decir que ésta se presenta cuando la ingesta calórica de un individuo es mayor a su gasto energético.²

El exceso de peso, como causante de morbilidad y mortalidad en el ser humano, es conocido desde hace más de 2000 años. Hipócrates describió que “la muerte súbita es más frecuente en aquellos individuos que son naturalmente gordos, que en las personas delgadas”.¹

Los factores de riesgo que se han encontrado para los problemas de sobrepeso y obesidad son: 1) comida: comer fuera de casa, alimentos de preparación rápida; 2) vida sedentaria y disminución del ejercicio; 3) predisposición genética: antecedentes familiares de obesidad especialmente en la madre transmitido por herencia recesiva; 4) enfermedades físicas: enfermedades desatendidas como la DM2; 5) enfermedades psiquiátricas: depresión y ansiedad.^{2,3}

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Entre sus principales complicaciones se encuentran: 1) psicológicas: sensación de inferioridad, rechazo y baja autoestima con repercusiones sociales y económicas como sueldos más bajos y menor educación; 2) ortopédicas: genu valgo, epifisolisis de la cabeza femoral, pie plano, entre otras; 3) función pulmonar: disnea de esfuerzo ante el ejercicio físico moderado e incluso insuficiencia respiratoria, característica del síndrome de Pickwick, índices espirométricos alterados, broncoespasmo y empeora el asma; 4) factores de riesgo cardiovascular: dislipidemia, hipertensión arterial, trastornos en la función ventricular izquierda, anormalidades en la función

endotelial e hiperinsulinismo y/o resistencia insulínica; 5) alteraciones endócrinas: diabetes mellitus y resistencia insulínica, alteraciones menstruales, esteatosis hepática y colelitiasis.¹

El diagnóstico de obesidad se fundamenta en el índice de masa corporal (IMC) — el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.⁴

El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.^{4,5} Entre 18 y 24,9 peso ideal; 25 y 29,9 sobrepeso; 30 y 34,9 obesidad grado I; 35 y 40 obesidad grado II y mayor de 40 obesidad grado III o mórbida. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

El IMC tiene una relación estrecha con la morbilidad y la mortalidad. Un IMC de $25\text{kg}/\text{m}^2$ es el umbral para la identificación de pacientes con riesgo de enfermar de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Más del 80% de las muertes ocasionadas por comorbilidades relacionadas con la obesidad ocurren con un IMC mayor de $30\text{kg}/\text{m}^2$.⁶

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo:

- Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso.

- Al menos 400 millones de adultos obesos.⁴

Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.⁴

En 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.⁴

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.¹

En México la obesidad es un problema de salud pública de gran magnitud y se cree que su impacto en la salud del mexicano en el futuro mediano, con toda seguridad, será mayor.³

En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%.⁷

La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000) reportó niveles de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 59 años de 36.1 y 28.1%, y en hombres del mismo grupo etáreo de 40.9 y 18.6%. De acuerdo al índice de masa corporal, casi dos terceras partes de la población presentaron por arriba de lo normal. La obesidad fue diagnosticada en 23.7% de los casos; el sobrepeso lo fue en 38.4%. Esto indica que existen alrededor de 30 millones de adultos en México con sobrepeso u obesidad, de ellos, 18.5 millones de adultos con sobrepeso, y 11.4 millones con obesidad. La prevalencia de obesidad fue casi 50% mayor en las mujeres (28.1%), comparada con la de los hombres (18.6%). El porcentaje de la población con obesidad o sobrepeso fue mayor, en relación directa con la edad. Pese a ello, un porcentaje significativo de los casos de menores de 29 años de edad tenían obesidad (14.4%). Las mayores prevalencias se observaron entre los 40 y 59 años de edad.⁸

Al estratificar por sexo se observó que la prevalencia de la obesidad es mayor a partir de los 30 años de edad en ambos sexos; sin embargo el incremento en las mujeres es mayor. De los 40 a los 59 años de edad se encontró que 40% de las mujeres tienen obesidad, mientras que solo la hubo en poco más de 20% en hombres. A partir de los 60 años de edad inició un decremento en la presencia de obesidad hasta llegar a 17% en mujeres y a 10% en hombres de 80 años y más de edad.⁸

Actualmente, con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5 %, hombres, 24.2%) tiene obesidad. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT-2006) se encontró que el sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población (mujeres, 71.9 %, hombres, 66.7%) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad –índice de masa corporal igual o mayor a 30– que entre los hombres. La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando con el tiempo.⁷

Según Gómez Dantés y cols (2003) las frecuencias de sobrepeso y obesidad en población derechohabiente del IMSS son mayores a las reportadas en la ENSA-2000 para la población general, en donde la frecuencia de obesidad fue de 26.1%. las mujeres presentaron mayor frecuencia de obesidad: 30.9 versus 21.2%; y los hombres mayor sobrepeso: 42.8 versus 36.1%, siendo el norte del país la región más afectada.⁸

La obesidad como problema de salud es muy frecuente en la práctica cotidiana del médico familiar. Frecuentemente es la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces en relación con etapas de transición en la vida de la persona.

Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, al respecto Sorosky argumenta: esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no

existe una definición única sino múltiples definiciones, que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, neuroquímica, la genética, la celular, endocrina y finalmente las psicológicas, queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica.²

Las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conlleva a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima.²

El comer excesivamente y la inhabilidad crónica para controlar cuánto se come, da lugar a la obesidad y causa sufrimiento, asociándose a síntomas psicológicos y del comportamiento.²

La ansiedad se presenta por distintos factores y se puede encontrar la manera de reducir ésta comiendo, la cual es una forma rápida y placentera de disminuir este síntoma; por lo tanto es posible que si persiste la ansiedad la persona aumente de peso y se presente un ciclo en el cual la ansiedad lo lleva a la obesidad y la obesidad a la ansiedad.²

Muchos autores enfatizan la importancia del rol de la familia en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Algunos estudios han demostrado que desde la niñez, la comida es usada por los padres para reforzar un deseo o frustración del comportamiento. Las familias obesas algunas veces se caracterizan por relaciones débiles entre subsistemas con muy poca autonomía. No obstante se han descrito algunos casos clínicos y sólo pocos estudios han investigado el medio ambiente familiar, probablemente porque la medición de las interacciones familiares resulta difícil. Dos estudios reportaron poca cohesión y un estilo antidemocrático de los padres en comparación con controles no obesos. De acuerdo a las observaciones de Kinston et al, las interacciones en las familias con personas obesas son más

hostiles y los padres los rechazan abiertamente. Muchos estudios reportan reglas inefectivas en las familias de obesos. El soporte familiar y el uso de redes sociales son importantes para el buen desarrollo de estas personas y se debe involucrar activamente a los padres y familiares en la terapia la cual ha sido poco estudiada pero resulta prometedora. Las variaciones en la personalidad, los desórdenes alimenticios, las actitudes limitadas y los factores psicopatológicos y emocionales, los mecanismos aprendidos como roles en la familia serán considerados en el proceso de evaluación.¹⁰

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, así, la existencia de trastornos en la dinámica familiar puede incrementar la probabilidad de presentar una dificultad de adaptación en algunos miembros.

Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad, ésta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña y lo seguirá haciendo, un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana.²

El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud de sus individuos, de igual manera, el funcionalismo familiar puede verse alterado por cualquiera de las otras variables que configuran el ambiente social.²

La familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; el sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta; por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas.²

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia". La familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Siempre cuando aparece un síntoma, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiar.¹¹

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.¹¹

Es así que se denomina normofuncional a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas (cuidado, afecto, alimentación etc.) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Cuando una familia no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de disfuncional.¹¹

Existen diversos modelos para evaluar el funcionamiento familiar como el modelo de la Dra. Emma Espejel el cual se enfoca principalmente a los roles familiares. Otro modelo es el de FACES III en donde se aborda la flexibilidad, adaptabilidad y coherencia de los integrantes de la familia para mantener una buena relación en el sistema familiar y lograr tener la capacidad para negociar y llegar a acuerdos se dice entonces que existe una dinámica familiar funcional. El modelo de Mc Master evalúa la capacidad de la familia para identificar el problema, darle seguimiento y resolución de estos con el fin de mantener un funcionamiento familiar efectivo.¹²

El cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar.

Para este cuestionario, se establecieron seis factores:

Se denominó al primer factor Involucramiento afectivo funcional. Representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar.

El segundo factor implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Se denominó a este factor Involucramiento afectivo disfuncional.

El tercer factor se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva. Se denominó a este factor Patrones de comunicación disfuncionales.

El cuarto factor se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Se le ha denominado Patrones de comunicación funcionales.

El quinto factor engloba áreas como Resolución de problemas, Control de conducta y Roles: roles que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar. Se le denominó Resolución de problemas.

El sexto factor se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. Se le ha denominado Patrones de control de la conducta.¹³

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, ya que no suele funcionar de forma aislada y debe tratarse desde el enfoque médico, psicológico y social.

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito social el sobrepeso y la obesidad acarrea deterioro en la calidad de vida debido a la discriminación y problemas de autoestima.

La atención médica a este problema es un asunto prioritario de salud pública, particularmente por que representa un factor de riesgo para enfermedades de larga evolución, tanto físicas como psicológicas de gran demanda en los servicios de salud.

Por lo anterior, y debido a que la obesidad es una de las patologías frecuentemente vistas en la consulta externa del primer nivel de atención, y tomando en cuenta que tiene repercusiones a nivel familiar; el presente estudio se realiza con la finalidad de conocer el grado de funcionalidad familiar de los pacientes obesos y con esto entender el trasfondo psicosocial de esta patología así como el papel de la familia como pieza fundamental en el desarrollo de ésta y encaminar las acciones del médico familiar hacia una atención integral que proporcione una mejor calidad de vida para estos pacientes y, así mismo poder crear estrategias que nos permitan brindar una educación adecuada a la población afectada que coadyuve a la integración del paciente a la familia y a la sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alta prevalencia del sobrepeso y la obesidad en nuestro país traduce que esta enfermedad y sus complicaciones constituyen un problema de salud pública importante. La Obesidad es una enfermedad crónica relacionada con complicaciones fisiopatológicas y psicosociales, por lo que la importancia del apoyo familiar es fundamental para modificar los comportamientos de estos enfermos, todo ello con el fin de prevenirla y/o tratarla de una manera multidisciplinaria, ya que no suele funcionar de forma aislada y debe tratarse desde el enfoque médico, psicológico y social. Por lo anterior, se considera importante investigar:

¿Cuál es la funcionalidad familiar de los pacientes adultos con sobrepeso-obesidad atendidos en primer nivel de atención?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

No necesaria por ser un estudio descriptivo

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes adultos con sobrepeso-obesidad atendidos en una unidad de primer nivel

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes adultos atendidos en la consulta externa
- Determinar la frecuencia de sobrepeso-obesidad de acuerdo a la OMS
- Identificar el perfil funcionalidad familiar en relación a: afectividad, comunicación, resolución de problemas y control de patrones de conducta en los adultos estudiados.
- Identificar las características sociodemográficas de los adultos con sobrepeso-obesidad.
- Identificar el perfil funcionalidad familiar en relación a: afectividad, comunicación, resolución de problemas y control de patrones de conducta en los adultos con sobrepeso-obesidad.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

➤ CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO:

El estudio se realizará en pacientes adultos derechohabientes de la localidad, que acuden en forma espontánea o a través de citas médicas a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS, Delegación Norte del D.F.

Dicha unidad es un centro de primer nivel de atención que cuenta con 30 consultorios los cuales brindan servicios de consulta externa general, odontología, enfermería materno-infantil, prevenimss, medicina del trabajo, planificación familiar, así como los servicios de laboratorio y rayos x, farmacia, curaciones y medicina preventiva.

La unidad labora de lunes a viernes en dos turnos: matutino y vespertino, con horario de 08:00 a 14:00 hrs. y de 14:00 a 20:00 hrs. diariamente. Otorga atención a todos los pacientes derechohabientes de la UMF No. 20 y a todo aquel paciente que aunque no pertenezca a esta unidad o bien no sea derechohabiente, acuda a solicitar algún servicio relacionado con la planificación familiar y medicina preventiva (vacunación).

➤ DISEÑO DEL ESTUDIO:

TIPO DE ESTUDIO: TRANSVERSAL DESCRIPTIVO

- POR EL CONTROL DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL POR EL INVESTIGADOR: observacional
- POR LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN: prolectivo
- POR LA MEDICION DE LOS FENÓMENOS EN EL TIEMPO: transversal
- POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL: descriptivo
- POR LA DIRECCIÓN DEL ANÁLISIS: transversal o encuesta

- POR LA CEGUEDAD EN LA APLICACIÓN Y EVALUACION DE LAS MANIOBRAS: abierto

➤ **GRUPOS DE ESTUDIO**

Pacientes adultos derechohabientes de la unidad

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes adultos que acepten participar en el estudio
- Mayores de 18 años de edad
- Personas de ambos sexos
- Pacientes que vivan con su familia

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades primarias que condicionen obesidad
- Pacientes que se encuentren bajo tratamiento farmacológico y no farmacológico para sobrepeso y obesidad
- Pacientes con deterioro mental
- Personas que no sepan leer y/o escribir
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

c) Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos y/o con respuestas ambiguas
- Seleccionar más de una opción de respuesta en una pregunta

➤ **TIPO DE MUESTREO:**

No probabilístico por conveniencia

➤ **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

En el IMSS la prevalencia total para obesidad es de 26.1% (ENSA-2000); con un nivel de confianza de 1.96 y un error máximo de 0.05.

- Cálculo de tamaño de muestra:

$$Z= 1.96$$

$$p= 26.1\% = 0.26$$

$$q= 1-p$$

$$d= 0.05 (5\%)$$

20%= personas que se puedan perder durante el estudio

$$n= \frac{z^2(pq)}{d^2}$$

Sustituyendo:

$$n= \frac{(1.96)^2(0.26)(0.74)}{(0.05)^2}$$

$$n= \frac{(3.84)(0.26)(0.74)}{0.0025}$$

$$n= \frac{0.73}{0.0025} = 292+20\%= 350$$

$$0.0025$$

Tamaño de la muestra: 292 pacientes atendidos en la consulta de la UMF No. 20 más el 20% por pérdidas nos da un total de 350 pacientes.

➤ **VARIABLES DE ESTUDIO**

- Independiente: sobrepeso y obesidad
- Dependiente: funcionalidad familiar

Otras variables de estudio:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Nivel socioeconómico
- Escolaridad

Variables de estudio:

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Funcionalidad familiar (independiente)	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Mediante la aplicación del cuestionario de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (EFF) que consta de seis variables: Involucramiento afectivo funcional: representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar. Evaluado con 17 reactivos, con un punto de corte de 51 y un puntaje máximo de 51 y mínimo de 17. Involucramiento afectivo disfuncional: implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Evaluado con 11 reactivos, con un punto de corte de 33 y un puntaje máximo de 55 y mínimo de 11. Patrones de comunicación disfuncionales: se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el	Cualitativa nominal

		<p>área afectiva. Evaluado con 4 reactivos, con un punto de corte de 12 y un puntaje máximo de 20 y mínimo de 4.</p> <p>Patrones de comunicación funcionales: se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Evaluado con 3 reactivos, con un punto de corte de 9 y un puntaje máximo de 9 y mínimo de 3.</p> <p>Resolución de problemas: engloba áreas como Resolución de problemas, Control de conducta y Roles. Evaluado con 3 reactivos, con un punto de corte de 9 y un puntaje máximo de 9 y mínimo de 3. .</p> <p>Patrones de control de la conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. Evaluado con 2 reactivos, con un punto de corte de 6 y un puntaje máximo de 10 y mínimo de 12.</p>	
Sobrepeso y Obesidad (dependiente)	Dependiente	$IMC = \text{kg/m}^2$ Sobrepeso: de 25 a 29.9 Obesidad grado I de 30 a 34.9 Obesidad grado II de 35 a 40 Obesidad grado III o mórbida: mayor de 40	Cualitativa Ordinal

Otras variables de estudio (perfil sociodemográfico):

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Género (independientes)	Conjunto de caracteres que distinguen a las personas en hombres o mujeres; son las características fenotípicas externas que se observan a simple vista	Interrogación directa sobre su género 1.Masculino 2. femenino	Cualitativa nominal
Edad (Independiente)	Periodo transcurrido en años cumplidos entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha al momento del estudio	Mediante la edad actual en número de años	Cuantitativa continua
Escolaridad (independiente)	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio	Interrogación directa sobre grado escolar terminado clasificándolo en; Analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura Posgrado Otros	Cualitativa nominal
Ocupación (independiente)	Acción y efecto de ocupar y trabajar	Interrogatorio directo mediante las ocupaciones realizadas en este momento	Cualitativa nominal
Nivel socioeconómico (independiente)		Mediante el método de Graffar, con cuatro variables y un puntaje de 1 a 5. Sumando las cantidades en cada variable. 04-06: alto 07-09: medio alto 10-12: medio bajo 13-16: obrero 17-20: marginal	

➤ **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación es factible debido a que se cuenta con el servicio de consulta externa de medicina familiar además de contar con una numerosa población de adultos. Por otra parte se cuenta con los recursos para realizar las mediciones de peso y talla para el IMC y cuyo cálculo es sencillo y rápido.

El estudio es ético ya que se guardará y preservará la intimidad de cada uno de los pacientes, ya que solo se enfocará a la identificación de la funcionalidad familiar en los pacientes obesos que estén de acuerdo a participar en el estudio. Por lo que también se les proporcionará un consentimiento informado.

Por otra parte, la investigación no pondrá en riesgo a los pacientes participantes pues sólo se realizarán cuestionarios anónimos analizados por el propio investigador, conservando así la intimidad de los participantes.

Los procedimientos serán confidenciales y acordes a lo estipulado en el reglamento de la **Ley General de Salud** en materia de investigación para la salud:

TITULO QUINTO: CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

La presente investigación tomará en cuenta los siguientes códigos:

- **Código de Nüremberg**

El código aclara los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son, entre otros:

- Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- Debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- Ausencia de coacción
- Comprensión de riesgos y beneficios
- Libertad del participante de retirarse

- **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**

I. Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique

a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca

en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación

y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

- Informe Belmont

Presentado en 1978, en esta declaración se identifican tres principios o conceptos generales establecidos que se relacionan con las investigaciones que incluyen sujetos humanos.

1. *Respeto a las Personas*: El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.

2. *Beneficencia*: El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

3. *Justicia*: Esto es una cuestión de justicia, en el sentido de "justicia en la distribución" o "lo que se merece". Siempre que una investigación financiada con fondos públicos dé como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

➤ **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en 350 adultos derechohabientes adscritos a la UMF No. 20 del IMSS que acudieron a la consulta externa durante el periodo agosto a diciembre del 2008, previo consentimiento informado, se aplicó un instrumento de evaluación con una ficha de identificación, toma directa del peso y talla determinando el IMC, perfil sociodemográfico, identificación de la funcionalidad familiar de acuerdo al cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EEF) con cinco opciones de respuestas: Totalmente en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), De acuerdo (4), Totalmente de acuerdo (5). Obteniendo el punto medio o punto de corte de cada factor para evaluar si la persona estuvo por encima o por debajo de este. Consta de seis variables: 1) Involucramiento afectivo funcional: representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar. Evaluado con 17 reactivos, con un punto de corte de 51 y un puntaje máximo de 51 y mínimo de 17. 2) Involucramiento afectivo disfuncional: implica una sobrecarga en algún miembro

de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Evaluado con 11 reactivos, con un punto de corte de 33 y un puntaje máximo de 55 y mínimo de 11. 3) Patrones de comunicación disfuncionales: se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva. Evaluado con 4 reactivos, con un punto de corte de 12 y un puntaje máximo de 20 y mínimo de 4. 4) Patrones de comunicación funcionales: se refiere al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Evaluado con 3 reactivos, con un punto de corte de 9 y un puntaje máximo de 9 y mínimo de 3. 5) Resolución de problemas: engloba áreas como Resolución de problemas, Control de conducta y Roles. Evaluado con 3 reactivos, con un punto de corte de 9 y un puntaje máximo de 9 y mínimo de 3. 6) Patrones de control de la conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. Evaluado con 2 reactivos, con un punto de corte de 6 y un puntaje máximo de 10 y mínimo de 12.

El cuestionario lo aplico el residente con el apoyo del médico responsable del consultorio. Se realizó la captura de datos y el análisis con estadística de frecuencias y proporciones.

➤ **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis de variables se realizó con estadística de frecuencias y proporciones; utilizando programa SPSS versión 10 presentándolo en tablas y figuras.

➤ **RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.**

Para el presente estudio fue necesaria la intervención del investigador, personal médico familiar y general que labora en la UMF No. 20, jefes de departamento, asesor de la investigación, asistentes médicas y trabajadoras sociales.

Se contemplaron las instalaciones de la UMF No. 20, hojas para impresión del cuestionario, consultorio, escritorio, báscula y metro, calculadora; así como

material de papelería: lápiz, goma bolígrafos, sacapuntas y material de cómputo.

Los materiales financieros fueron absorbidos por el investigador.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo en 350 pacientes mayores de 18 años de la consulta externa de la UMF No. 20, encontrando lo siguiente:

Un **perfil sociodemográfico** con una edad mínima de 18 años máxima de 78 años, con una media de 44.86 con una DE \pm 15.65 el grupo de edad que predominó fue el de 21-30 años en un 20.6% (n=72), seguido del grupo de 51-60 años con 20.3% (n=71). En relación al **género** las mujeres presentaron un mayor porcentaje con 68.6% (n=240) mientras que los hombres un 31.4% (n=110). En cuanto a la ocupación el 43.1% (n=151) fue empleado, seguido de hogar en un 41.1% (n=144). La escolaridad fue de secundaria en un 33.7% (n=118) y de primaria en 30.3% (n=106). De acuerdo al nivel socioeconómico se encontró el 40.6% (n=142) con nivel obrero, seguido de nivel medio bajo 35.4%(n=124).
(cuadro 1)

Según el **índice de masa corporal** el 38.6% (n=135) tuvieron sobrepeso, seguido de obesidad grado I con 26.3% (n=92), peso normal con 24.0% (n=84), obesidad grado II 6.9% (n=24), obesidad grado III 3.1% (n=11) y peso bajo 1.1% (n=4).
(cuadro 2, gráfico 1)

En lo que respecta a las características de la **escala de evaluación de la funcionalidad familiar** (EFF) en el área **afectiva** (emocional e instrumental) el 92.6% (n=324) fueron funcionales y el 7.4% (n=26) fueron disfuncionales; la **comunicación** fue funcional en 72.0% (n=252) y disfuncional en 28.0% (n=98) y en cuanto a la **resolución de problemas** el 90.9% (n=318) resuelven conflictos y el 9.1% (n=32) no resuelve conflictos; en el **control de patrones de conducta** el 87.4% (n=306) fueron flexibles y el 12.6% (n=44) tienen conductas rígidas.
(cuadro 3, gráfico 2)

En cuanto al análisis descriptivo de las **características sociodemográficas y de funcionalidad familiar** con los pacientes que presentaron **sobrepeso y obesidad** se observó lo siguiente:

En los pacientes con **sobrepeso** el 19.3% (n=26) fueron del grupo de 41-50 y 51-60 años, seguido del grupo de 61-70 años con un 17.8% (n=24). Género femenino con 69% (n=93) y masculino un 31% (n=42). El 42.2% (n=57) fueron empleados y el 40.0% (n=54) dedicados al hogar. El nivel socioeconómico fue obrero en 39.3% (n=53) y medio bajo en 37.0% (n=50). En cuanto a la escolaridad el 37.0% (n=50) fue de secundaria y preparatoria el 27.4% (n=37). Por otra parte, la afectividad fue funcional en un 93.3% (n=126) y disfuncional en 6.7% (n=9); la comunicación fue funcional en 75.6% (n=102) y disfuncional en 24.4% (n=33); respecto a la resolución de problemas el 94.8% (n=128) resuelve conflictos y el 5.2% (n=7) no resuelve conflictos; el 85.2% (n=115) patrones de conducta flexibles y el 14.8% (n=20) rígidos. **(cuadro 4 y 5, gráficos 3,-7)**

El perfil de **obesidad grado I** fue que el 23.9% (n=22) se encuentra en el grupo de edad de 41-50 años seguido y 51-60 años con el 22.8% (n=21). El 73% (n=67) fueron del sexo femenino y el 27% (n=25) del sexo masculino. La ocupación fue de hogar 46.7% (n=43) y empleado en un 37.0% (n=34). Referente al nivel socioeconómico el 44.6% (n=41) fue nivel obrero y el 27.2% (n=25) nivel medio bajo. La escolaridad fue de primaria en 35.9% (n=33) seguida de secundaria en 33.7% (n=31). En cuanto a la funcionalidad familiar la afectividad fue funcional en el 93.5% (n=86) y disfuncional en el 6.5% (n=6), la comunicación fue en 78.3% (n=72) funcional y 21.7% (n=20) disfuncional, la resolución de problemas mostró que resuelve conflictos el 94.8% (n=128) y no resuelve conflictos el 14.1% (n=13); en el control de patrones de conducta el 90.2% (n=83) fueron flexibles y el 9.8% (n=9) rígidos. **(cuadros 6y 7, gráficos 8-12)**

En el caso de la **obesidad grado II** el 33.3% (n=8) se encontraba en el grupo de 41-50 años, seguido del grupo de 51-60 años con un 16.7% (n=4). Género

femenino con 75.0% (n=18) y masculino fue de 25.0% (n=6). El 58.3% (n=14) fueron empleados y el 37.5% (n=9) dedicados al hogar. El nivel socioeconómico fue obrero en 41.7% (n=10) y medio bajo en 29.2% (n=7). En cuanto a la escolaridad el 41.7% (n=10) fue de primaria y secundaria y preparatoria ambos con el 29.2% (n=7). Por otra parte, la afectividad fue funcional en un 91.7% (n=22) y disfuncional en 8.3% (n=2); la comunicación funcional en 58.3% (n=14) y disfuncional en 4.7% (n=10); respecto a la resolución de problemas el 91.7% (n=22) resuelve conflictos y el 8.3% (n=2) no resuelve conflictos; el 9.2% (n=19) con patrones de conducta flexibles y el 20.8% (n=5) rígidos. **(cuadro 8 y 9, gráficos 13-17)**

Con relación a la **obesidad grado III** el 45.5% (n=5) fueron del grupo de edad de 51-60 años seguido del grupo de 31-40 años, 41-50 años y 61-70 años con el 18.2% (n=2) respectivamente. El 72.7% (n=8) fueron del sexo femenino y el 27.3% (n=3) del sexo masculino. La ocupación fue de hogar 63.6% (n=7), seguido de empleado, pensionado, profesionista y comerciante en un 9.1% (n=1) cada uno. Referente al nivel socioeconómico el 54.5% (n=6) fue nivel obrero y el 45.5% (n=5) nivel medio bajo. La escolaridad fue de primaria y secundaria en 36.4% (n=4) seguida de preparatoria en 27.3% (n=3). En cuanto a la funcionalidad familiar la afectividad fue funcional en el 90.9% (n=10) y disfuncional en el 9.1% (n=1), la comunicación fue en 45.5% (n=5) funcional y 54.5% (n=6) disfuncional, la resolución de problemas mostró que resuelve conflictos el 81.8% (n=9) y no resuelve conflictos el 18.2% (n=2); patrones de conducta flexibles el 90.9% (n=10) y el 9.1% (n=1) rígidos. **(cuadro 10 y 11, gráficos 18-24.**

CUADROS Y GRÁFICOS.

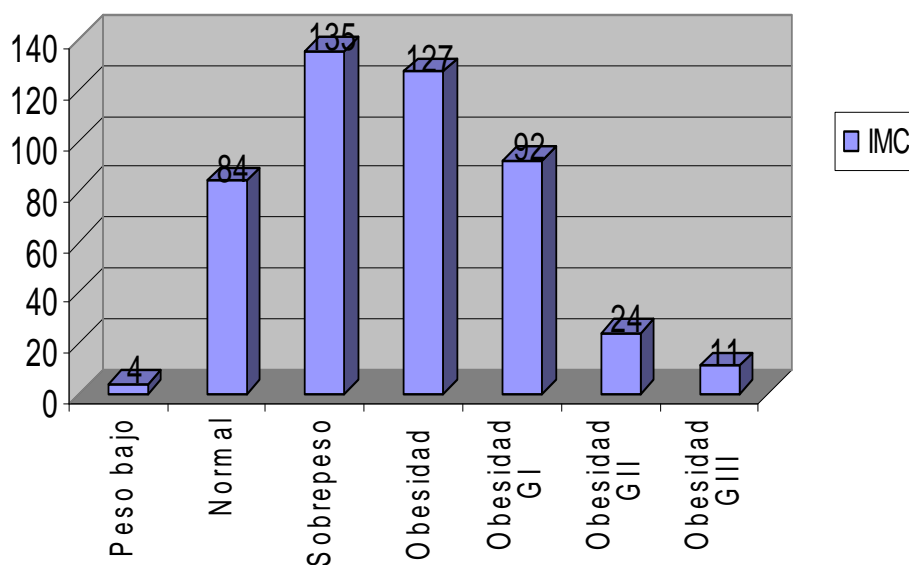
CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES ADULTOS ESTUDIADOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	N=350	%
EDAD		
20 y menos	11	3.1
21-30	72	20.6
31-40	63	18
41-50	64	18.3
51-60	71	20.3
61-70	51	14.6
71 y mas	18	5.1
GÉNERO		
Femenino	240	68.6
Masculino	110	31.4
OCUPACIÓN		
Hogar	144	41.1
Empleado	151	43.1
Estudiante	7	2
Desempleado	1	0.3
Jubilado	5	1.4
Pensionado	16	4.6
Profesionista	19	5.4
Comerciante	7	2
ESCOLARIDAD		
Primaria	106	30.3
Secundaria	118	33.7
Preparatoria	103	29.4
Licenciatura	23	6.6
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Marginal	25	7.1
Obrero	142	40.6
Medio bajo	124	35.4
Medio alto	57	16.3
Alto	2	0.6

CUADRO 2. FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN LOS PACIENTES ADULTOS ESTUDIADOS.

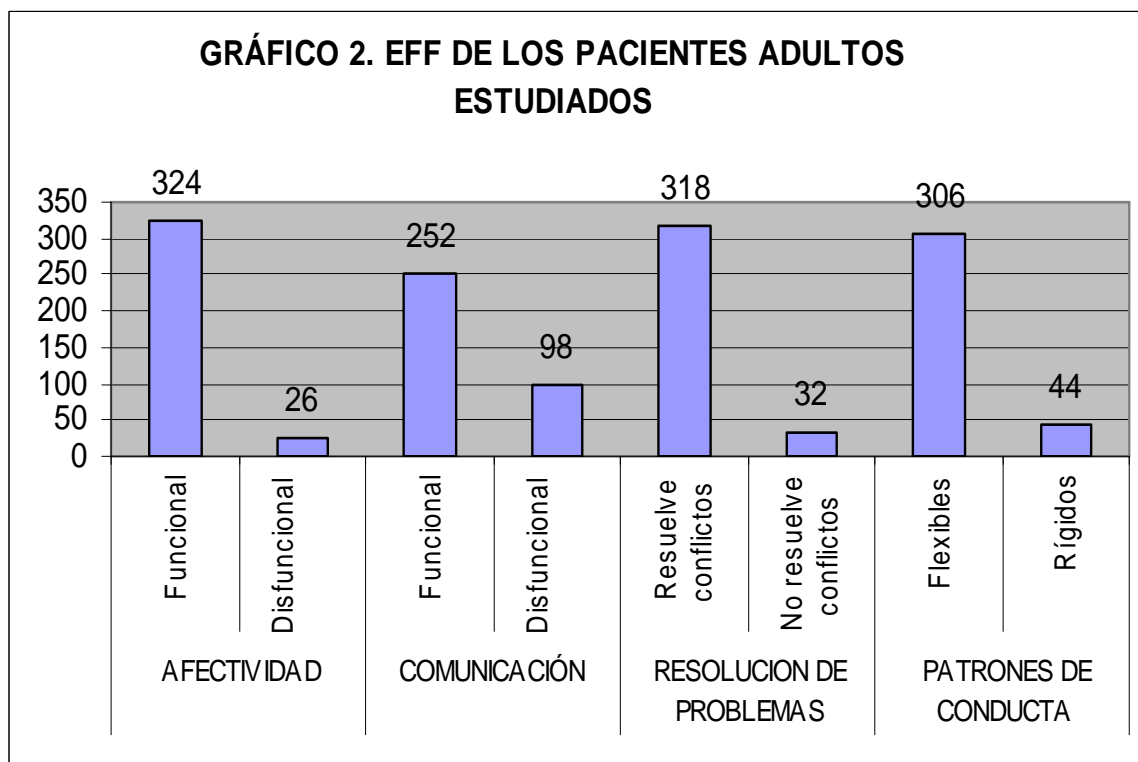
IMC	N=350	%
Peso bajo	4	1.1
Normal	84	24
Sobrepeso	135	38.6
Obesidad	127	36.3
Obesidad GI	92	72.4
Obesidad GII	24	19
Obesidad GIII	11	8.6

GRÁFICO 1. INDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES ADULTOS ESTUDIADOS



CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (EFF) DE LOS PACIENTES ADULTOS ESTUDIADOS

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (EFF)	N=	%
AFECTIVIDAD		
Funcional	324	92.6
Disfuncional	26	7.4
COMUNICACIÓN		
Funcional	252	72.0
Disfuncional	98	28.0
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
Resuelve conflictos	318	90.9
No resuelve conflictos	32	9.1
CONTROL DE PATRONES DE CONDUCTA		
Flexibles	306	87.4
Rígidos	44	12.6



CUADRO 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON SOBREPESO

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SOBREPESO	
	N=135	%
EDAD		
20 y menos	7	5.2
21-30	23	17
31-40	21	15.6
41-50	26	19.3
51-60	26	19.3
61-70	24	17.8
71 y mas	8	5.9
GÉNERO		
Femenino	93	69
Masculino	42	31
OCUPACIÓN		
Hogar	54	40
Empleado	57	42.2
Estudiante	3	2.2
Desempleado	0	0
Jubilado	2	1.5
Pensionado	7	5.2
Profesionista	9	6.9
Comerciante	3	2.2
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Marginal	8	5.9
Obrero	53	39.3
Medio bajo	50	37
Medio alto	23	17
Alto	1	0.7
ESCOLARIDAD		
Primaria	36	26.7
Secundaria	50	37
Preparatoria	37	27.4
Licenciatura	12	8.9

GRAFICO 3. EDAD DE PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO

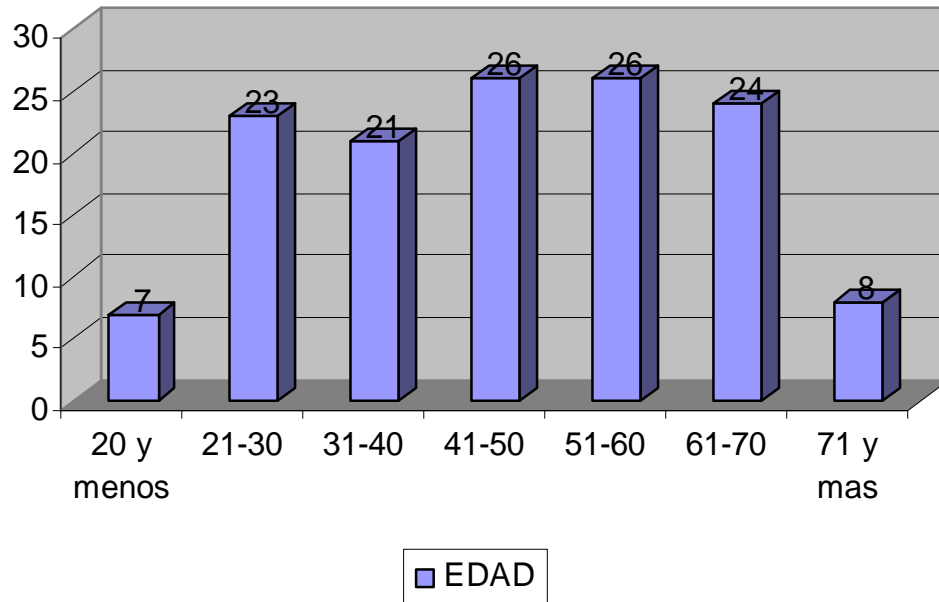


GRÁFICO 4. GÉNERO DE PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO

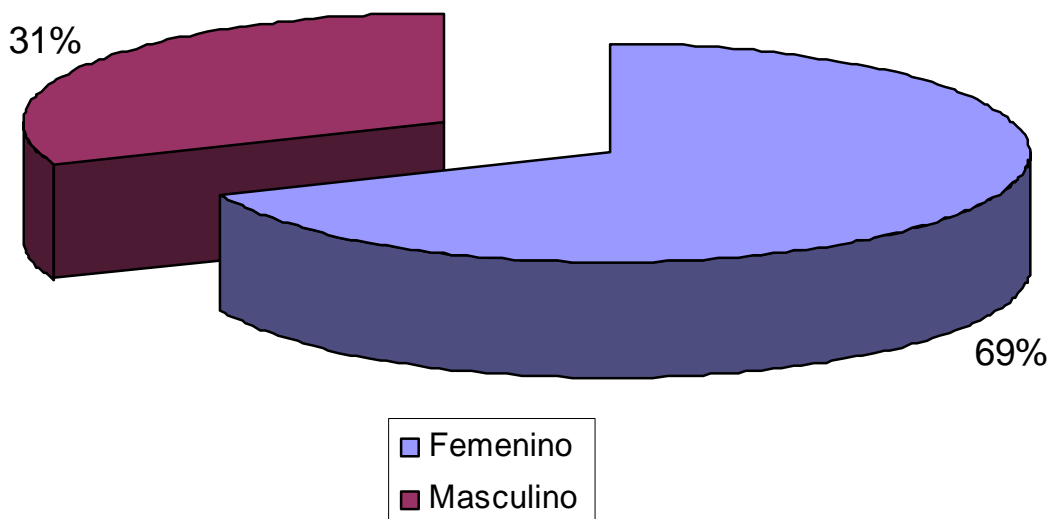


GRÁFICO 5. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO

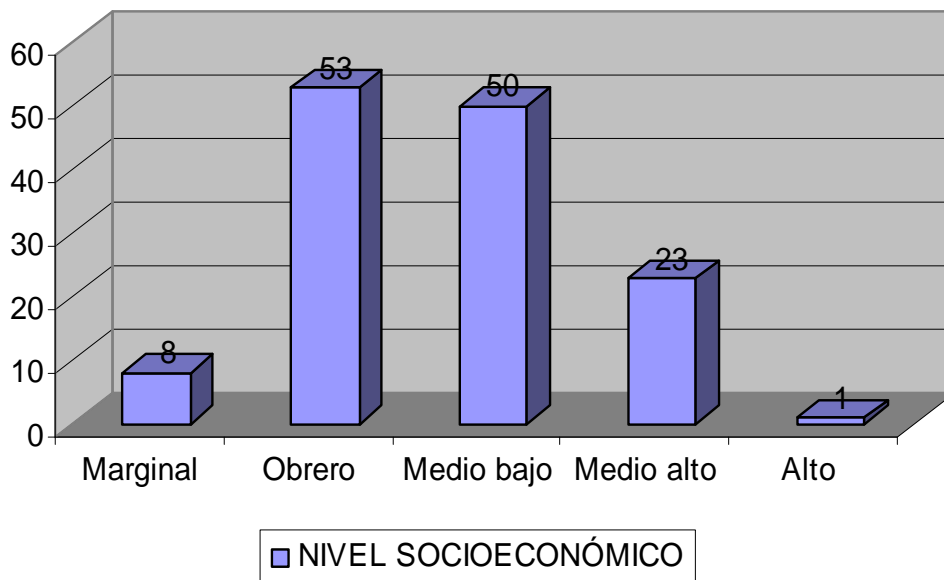
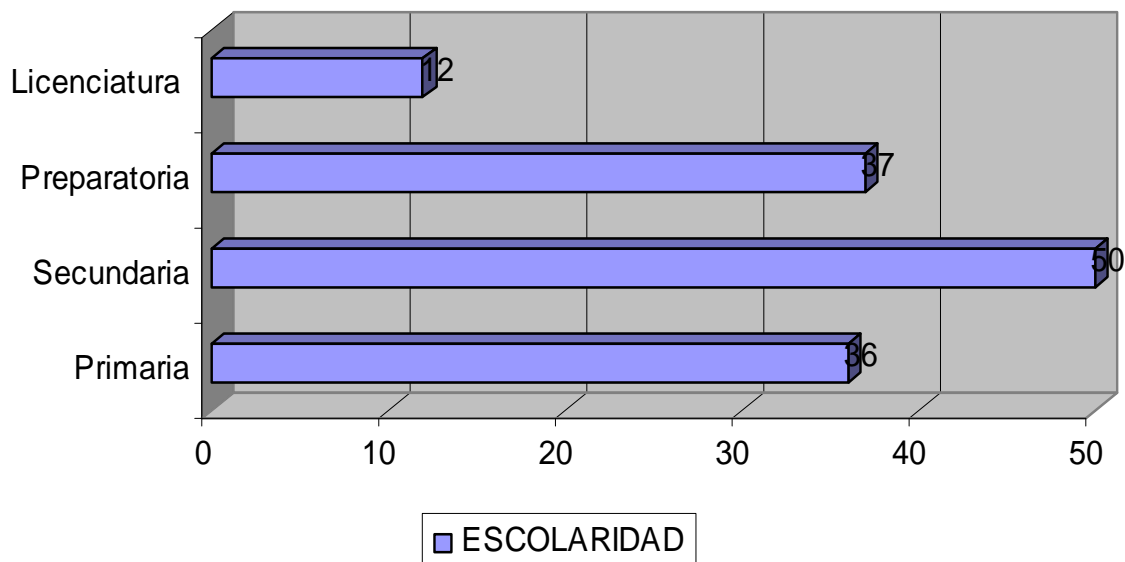
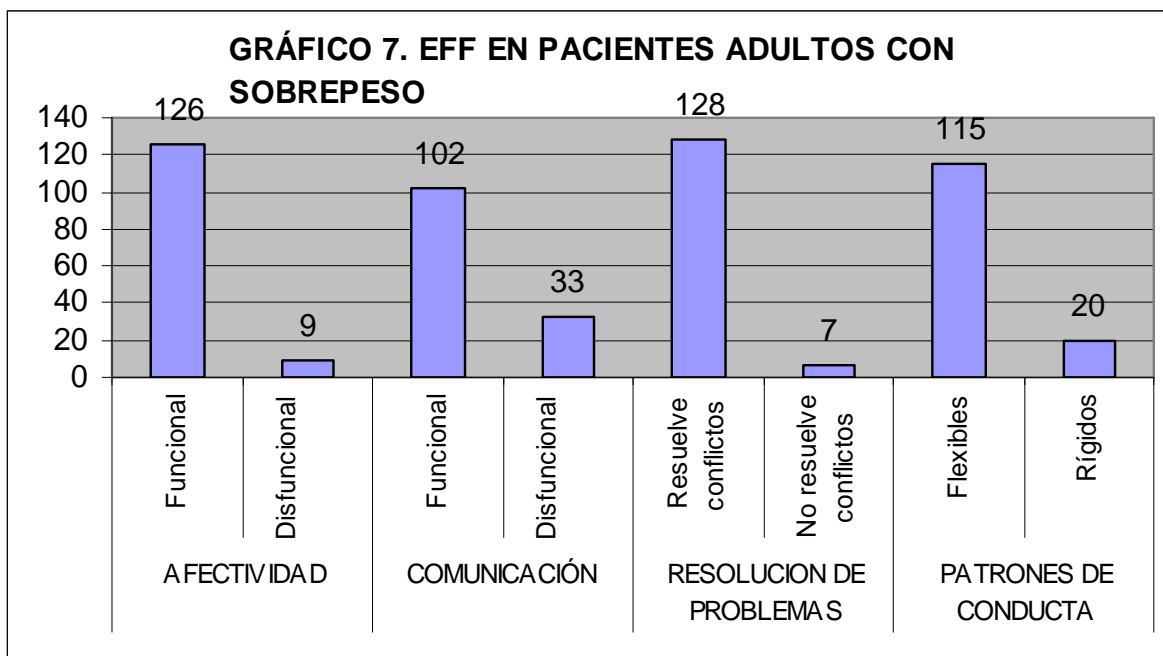


GRÁFICO 6. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO



CUADRO 5. EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SOBREPESO	
	N=135	%
AFFECTIVIDAD		
Funcional	126	93.3
Disfuncional	9	6.7
COMUNICACIÓN		
Funcional	102	75.6
Disfuncional	33	24.4
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
Resuelve conflictos	128	94.8
No resuelve conflictos	7	5.2
CONTROL DE PATRONES DE CONDUCTA		
Flexibles	115	85.2
Rígidos	20	14.8



CUADRO 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD GRADO I.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	OBESIDAD GRADO I	
	N=92	%
EDAD		
20 y menos	0	0
21-30	9	9.8
31-40	18	19.6
41-50	22	23.9
51-60	21	22.8
61-70	16	17.4
71 y mas	6	6.5
GÉNERO		
Femenino	67	73
Masculino	25	27
OCUPACIÓN		
Hogar	43	46.7
Empleado	34	37
Estudiante	0	0
Desempleado	0	0
Jubilado	2	2.2
Pensionado	6	6.5
Profesionista	4	4.3
Comerciante	3	3.3
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Marginal	11	12
Obrero	41	44.6
Medio bajo	25	27.2
Medio alto	15	16.3
Alto	0	0
ESCOLARIDAD		
Primaria	33	35.9
Secundaria	31	33.7
Preparatoria	26	28.3
Licenciatura	2	0.2

GRÁFICO 8. EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO I

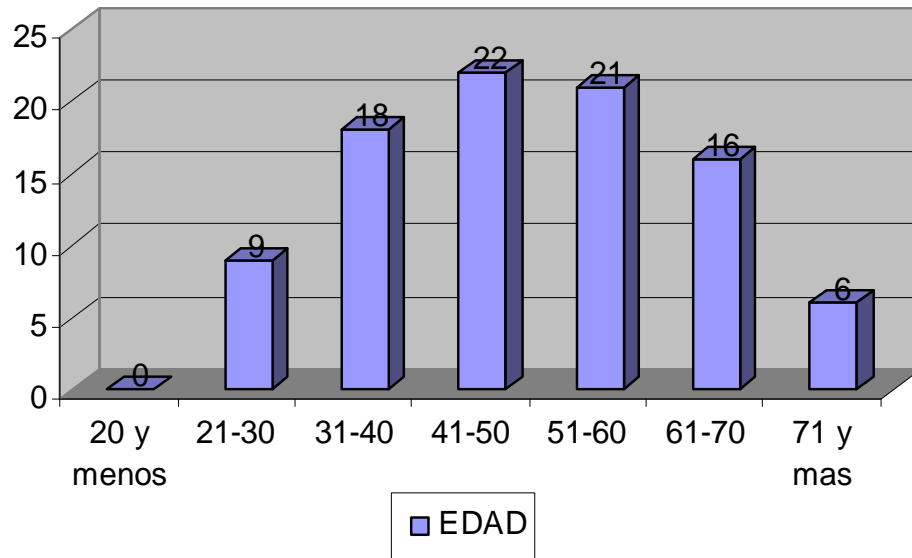


GRÁFICO 9. GÉNERO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO I

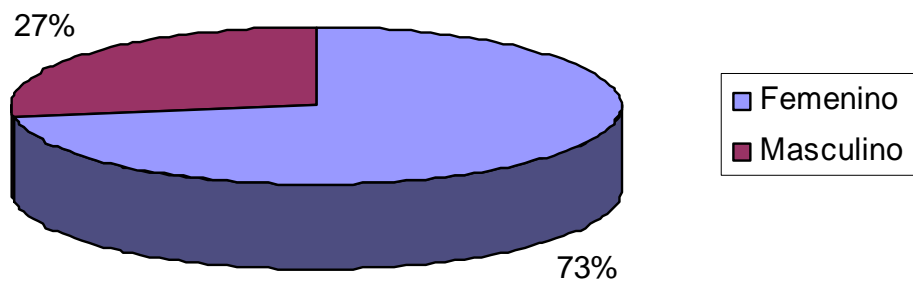


GRÁFICO 10. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO I

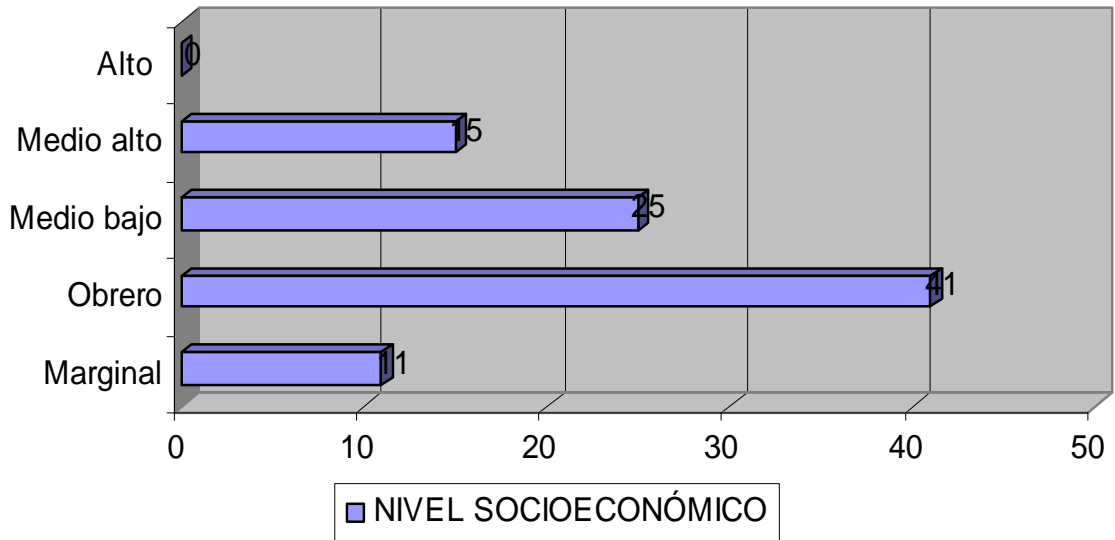
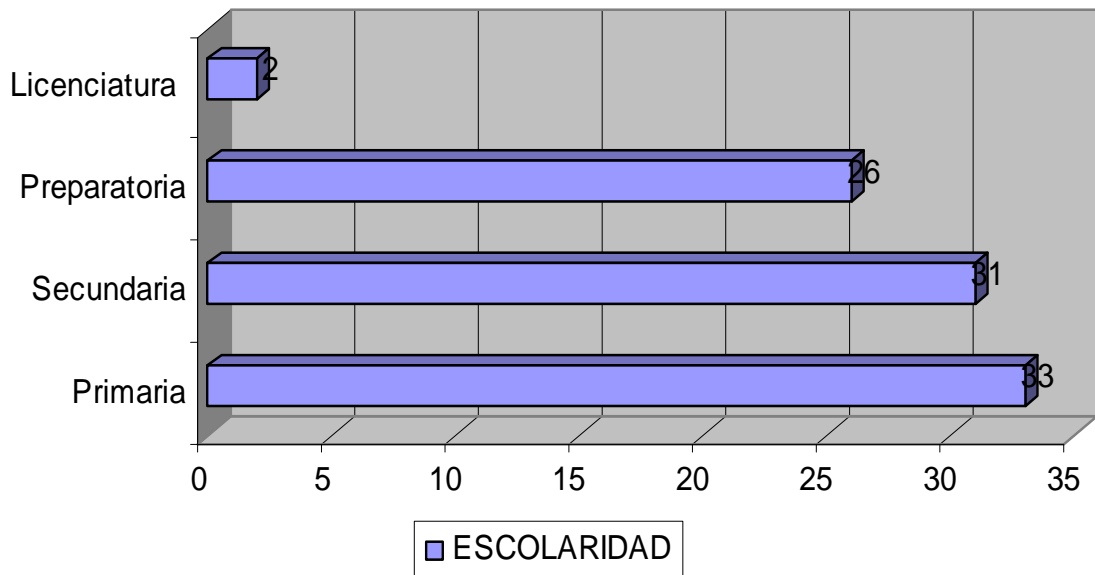
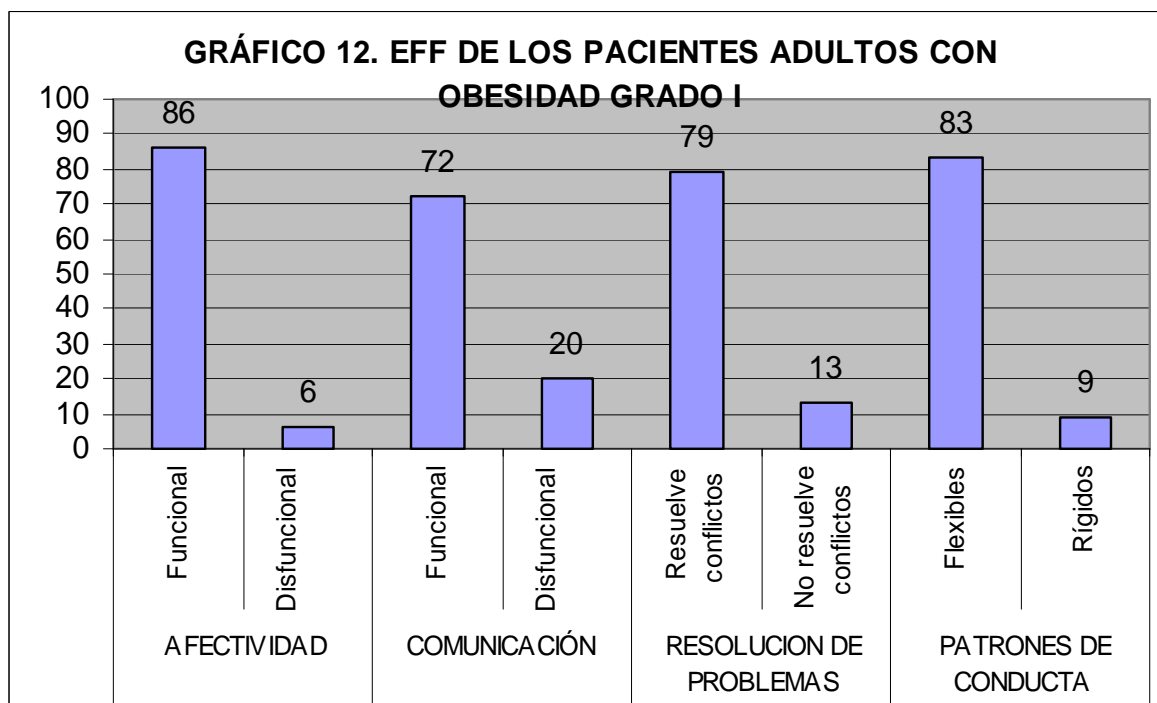


GRÁFICO 11. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO I



CUADRO 7. EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (EFF) EN LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO I.

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	OBESIDAD GRADO I	
	N=92	%
AFFECTIVIDAD		
Funcional	86	90.9
Disfuncional	6	9.1
COMUNICACION		
Funcional	72	78.3
Disfuncional	20	21.7
RESOLUCION DE PROBLEMAS		
Resuelve conflictos	79	85.9
No resuelve conflictos	13	14.1
CONTROL DE PATRONES DE CONDUCTA		
Flexibles	83	90.2
Rígidos	9	9.8



CUADRO 8. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD GRADO II

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	OBESIDAD GII	
	N=24	%
EDAD		
20 y menos	0	0
21-30	6	25
31-40	2	8.3
41-50	8	33.3
51-60	4	16.7
61-70	2	8.3
71 y mas	2	8.3
GÉNERO		
Femenino	18	75
Masculino	6	25
OCUPACIÓN		
Hogar	14	58.3
Empleado	9	37.5
Estudiante	0	0
Desempleado	0	0
Jubilado	2	4.2
Pensionado	0	0
Profesionista	0	0
Comerciante	0	0
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Marginal	2	8.3
Obrero	10	41.7
Medio bajo	7	29.2
Medio alto	4	16.7
Alto	1	4.2
ESCOLARIDAD		
Primaria	10	41.7
Secundaria	7	29.2
Preparatoria	7	29.2
Licenciatura	0	0

GRÁFICO 13. EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO II

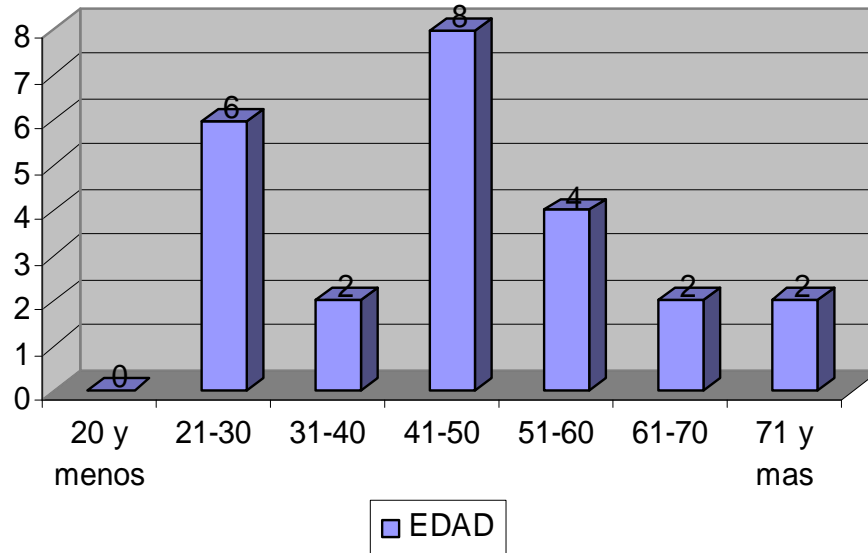


GRÁFICO 14. GÉNERO DE PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO II

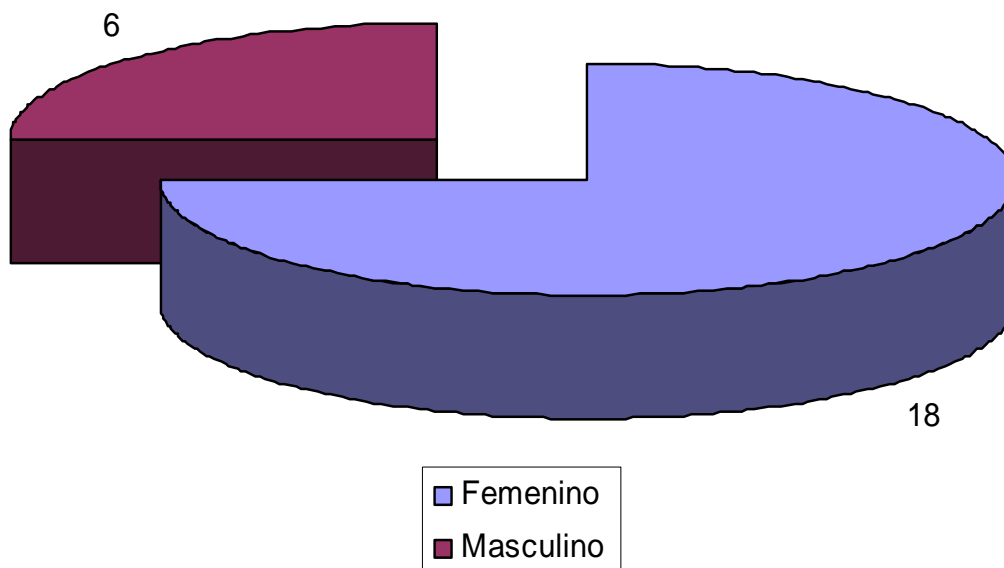


GRÁFICO 15. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO II

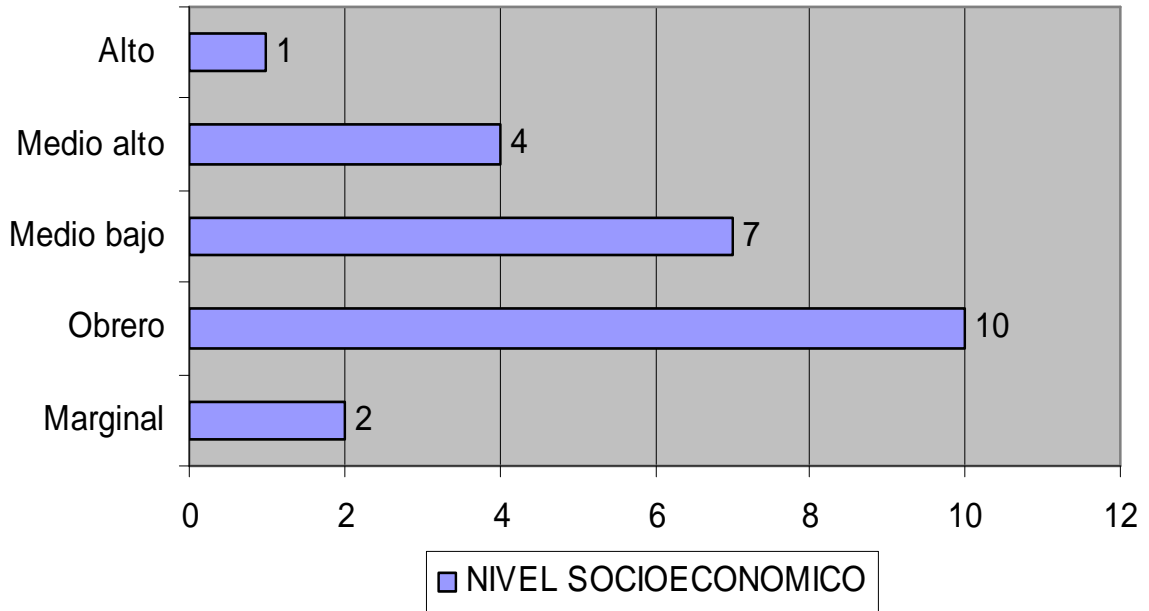
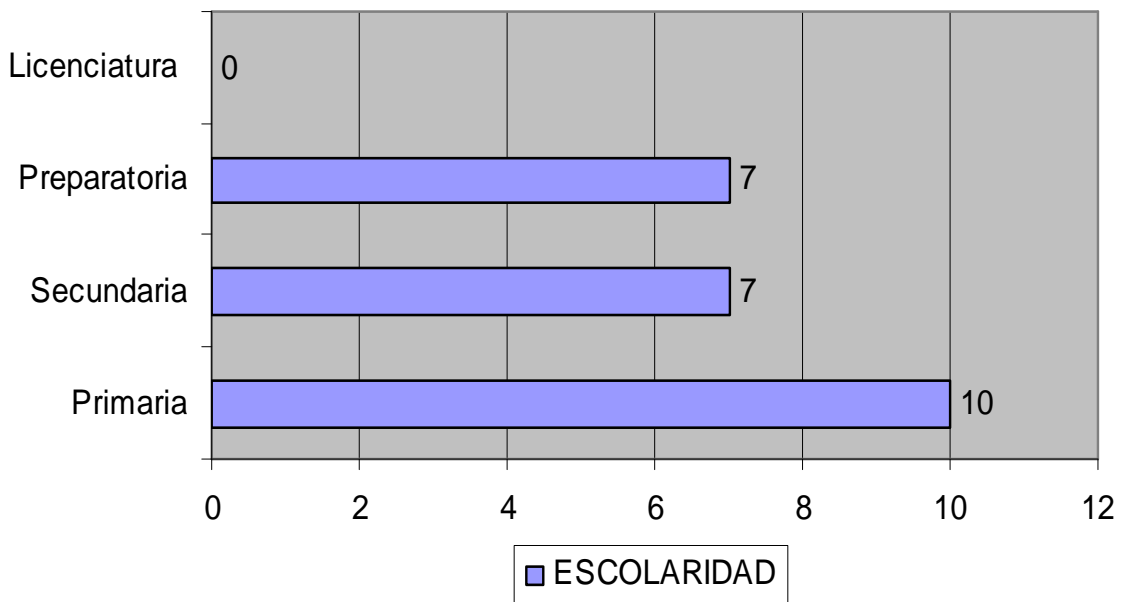
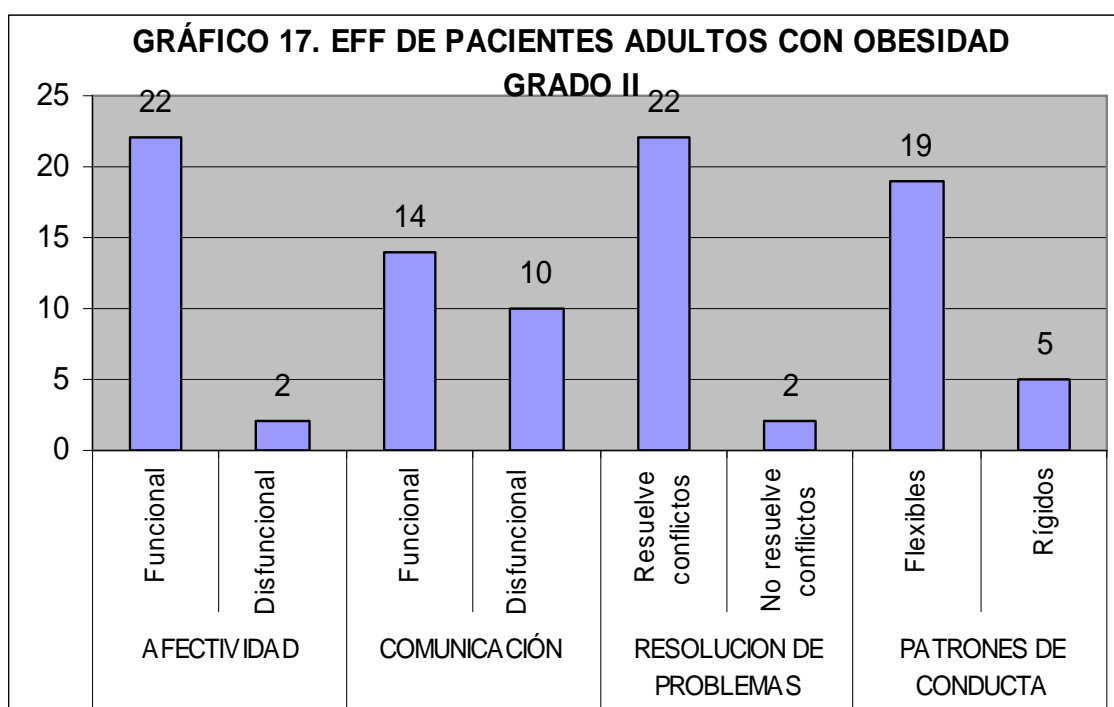


GRÁFICO 16. ESCOLARIDAD DE PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO II



CUADRO 9. EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (EFF) EN LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO II.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR		OBESIDAD GRADO II	
		N=24	%
AFFECTIVIDAD			
Funcional		22	91.7
Disfuncional		2	8.3
COMUNICACIÓN			
Funcional		14	58.3
Disfuncional		10	41.7
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
Resuelve conflictos		22	91.7
No resuelve conflictos		2	8.3
CONTROL DE PATRONES DE CONDUCTA			
Flexibles		19	79.2
Rígidos		5	20.8



CUADRO 10. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD GRADO III

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	OBESIDAD GIII	
	N=11	%
EDAD		
20 y menos	0	0
21-30	0	0
31-40	2	18.2
41-50	2	18.2
51-60	5	45.5
61-70	2	18.2
71 y mas	0	0
GÉNERO		
Femenino	8	72.7
Masculino	3	27.3
OCUPACIÓN		
Hogar	7	63.6
Empleado	1	9.1
Estudiante	0	0
Desempleado	0	0
Jubilado	0	0
Pensionado	1	9.1
Profesionista	1	9.1
Comerciante	1	9.1
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Marginal	0	0
Obrero	6	54.5
Medio bajo	5	45.5
Medio alto	0	0
Alto	0	0
ESCOLARIDAD		
Primaria	4	36.4
Secundaria	4	36.4
Preparatoria	3	27.3
Licenciatura	0	0

GRÁFICO 18. EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO III

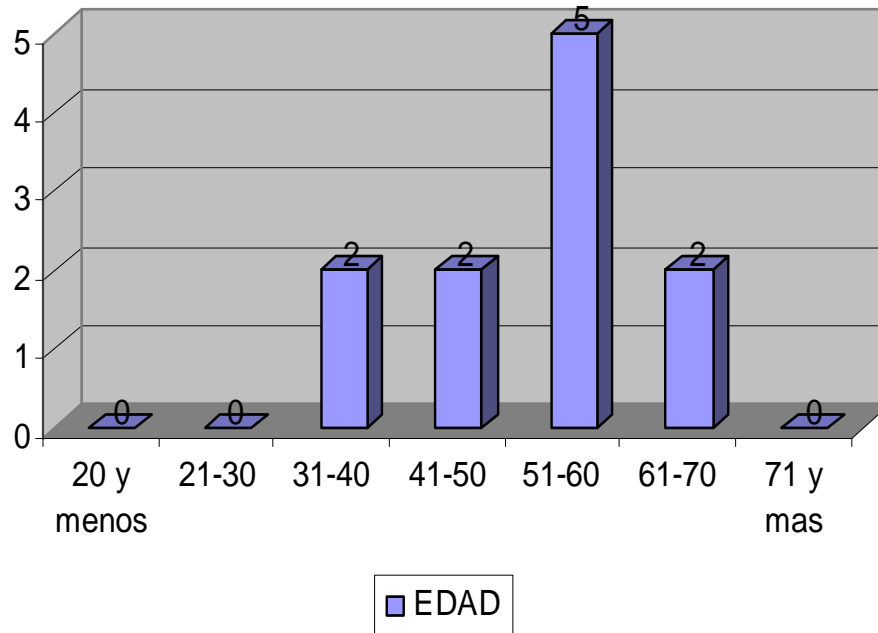


GRÁFICO 19. GÉNERO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO III

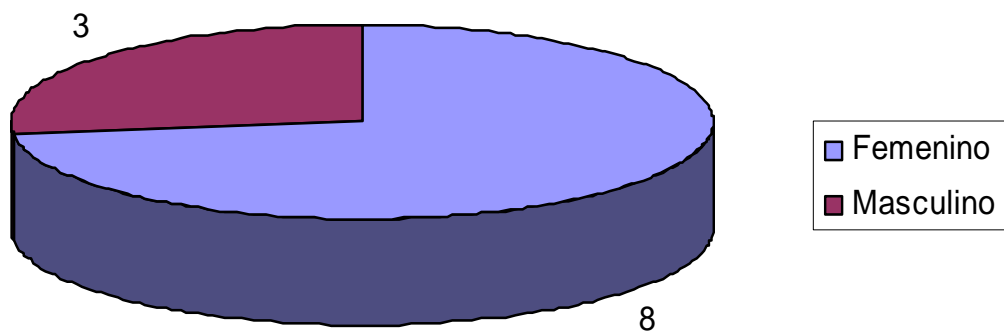


GRÁFICO 20. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO III

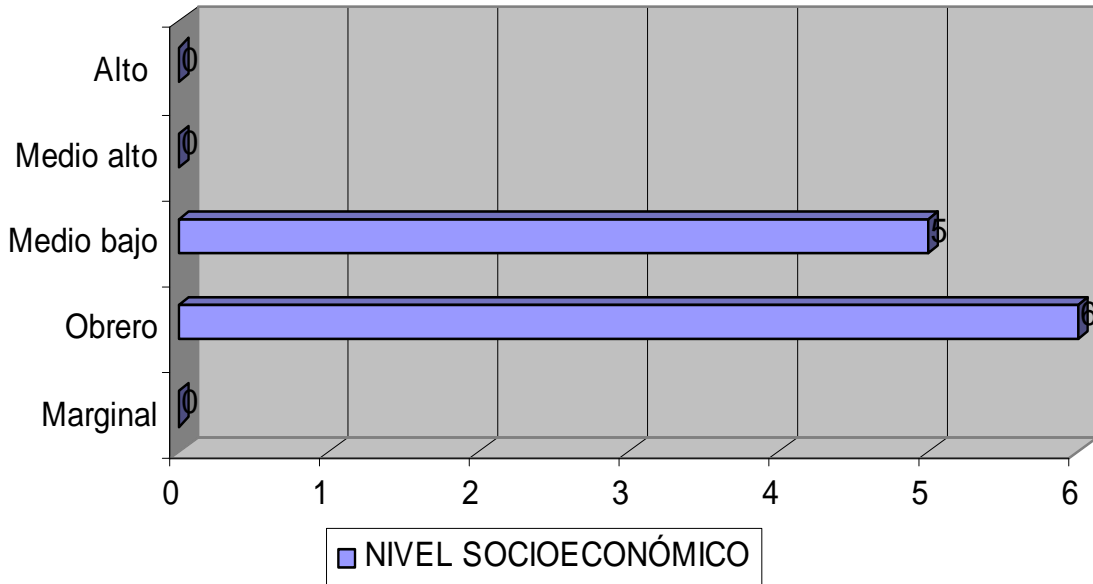
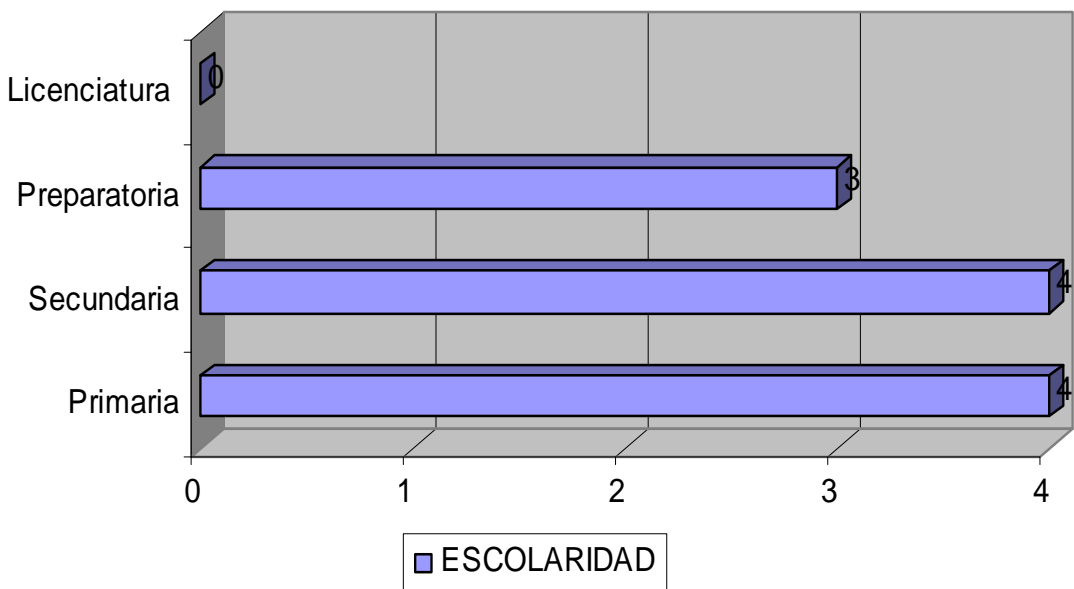
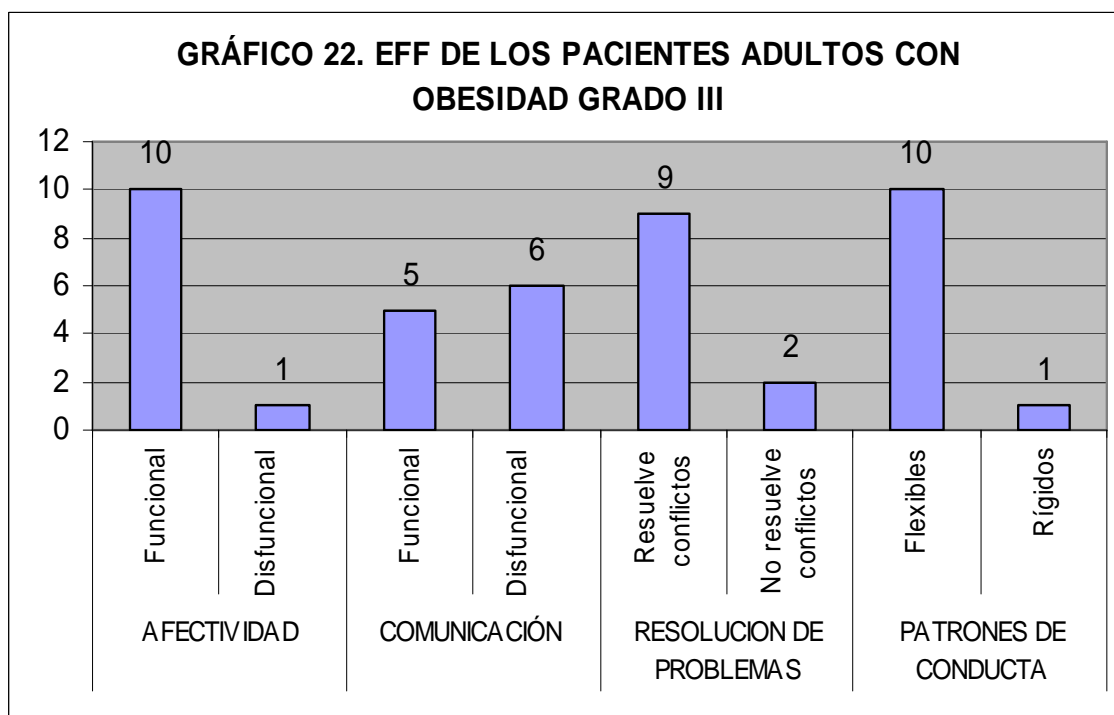


GRÁFICO 21. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO III



CUADRO 11. EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD GRADO III.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	OBESIDAD GRADO III	
	N=11	%
AFFECTIVIDAD		
Funcional	10	90.9
Disfuncional	1	9.1
COMUNICACIÓN		
Funcional	5	45.5
Disfuncional	6	54.5
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
Resuelve conflictos	9	81.8
No resuelve conflictos	2	18.2
CONTROL DE PATRONES DE CONDUCTA		
Flexibles	10	90.9
Rígidos	1	9.1



DISCUSIÓN

La frecuencia de sobrepeso-obesidad en nuestro estudio fue del 74.9% (sobrepeso 38.6%, obesidad 36.3%); predominando la obesidad grado I con un 68%, encontramos en estas familias un perfil funcional en las áreas de afectividad, resolución de problemas y control de patrones de conducta, manifestando solo comunicación disfuncional en casi la mitad de estos pacientes que presentan obesidad grado III.

Gómez Dantés y Vázquez Martínez⁹ realizan un reporte sobre *Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS* con datos recabados en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000, encontrando que un 39.4% de los derechohabientes de esta institución presentan sobrepeso y un 26.1% obesidad. Observaron un incremento del sobrepeso y de la obesidad en el grupo de los hombres llegando a ser de 80% en la década de 41-50 años mientras que en la mujer la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad afectó a las mujeres de 40-60 años en más del 80%. Con mediciones obtenidas por la **ENSANUT 2006**⁸, se refiere en ese año que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) tiene obesidad. El sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población entre los 30 y 60 años. Sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres. Siendo estos resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio en donde más del 70% de los pacientes presentan sobrepeso-obesidad (sobrepeso: 38.6%, obesidad 36.3%); habiendo un incremento en el IMC para obesidad lo cual es preocupante sobre todo que de estos, el 72.4% de derechohabientes presenta un grado I predominando los grupos de edad entre 41-60 años con casi el 40% en el sobrepeso y en la obesidad de cualquier grado con aproximadamente el 50% siendo el género más afectado el femenino ; esto nos hace analizar las acciones institucionales de los programas que están implantados en las unidades de primer nivel sobre la detección de factores de riesgo en los grupos etéreos y de acuerdo al genero recalando que la prevención

y detección oportuna de la obesidad y el sobrepeso es un programa para evitar el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

García García y Cols³². *En su análisis de la obesidad y síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión*; publicado junto con la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud nos hace referencia en la doble carga de la enfermedad en la población con carencias y que sufren inseguridad alimentaria en donde la obesidad es cada vez más frecuente. La obesidad en la gente pobre ocurre por distintos mecanismos; una de ellas son las dietas características de la población en situación de pobreza se caracterizan por ser de alta densidad energética y de baja densidad de nutrientes, ya que aportan mayor volumen, saciedad y palatabilidad a un menor costo. Son dietas en las que predominan productos ricos e hidratos de carbono y lípidos, tradicionalmente no percederos y escasea en las verduras y frutas. Por otra parte, este grupo de población con frecuencia carece de oportunidades para llevar una vida activa. Esto podemos asociarlo al nivel de escolaridad y nivel socioeconómico de nuestra población donde el acceso de alimentos lo tenemos sin embargo, no se tienen lo suficiente económicamente para su adquisición, orillando al consumo de alimentos baratos, de alto contenido de carbohidratos y con graves repercusiones en la salud.

Gómez Dantés y cols⁹ comentan que los grados de obesidad y sobrepeso obedecen a patrones culturales y educativos de la población. El nivel de escolaridad indica tanto estos patrones culturales como el grado de conocimiento o de acceso a la información en salud. Los resultados encontrados para la población derechohabiente del IMSS muestran mayores niveles de IMC con menor escolaridad en más del 75% de la población sin escolaridad o con nivel preescolar a diferencia de la población con licenciatura o posgrado en quienes disminuyen sustantivamente. Semejante a lo observado en nuestros pacientes con sobrepeso y obesidad donde el nivel de escolaridad fue de primaria y un nivel socioeconómico tipo obrero, concordando con lo anterior donde los patrones educativos influyen en una alimentación sana o en caso necesario la educación en los estilos de vida saludables para la modificación de factores de riesgo, esto se

complica con el aspecto de la ocupación predominante que es el de empleado donde puede asociarse a otros factores como ingesta de alimentos en establecimientos de comida rápida, el sedentarismo, estrés, etc., el más importante es que por este tipo de educación no acuden a las unidades médicas de primer nivel para su manejo e información adecuada y si acuden se les dificulta el entendimiento de la misma para prevenir, tratar y aceptar este padecimiento,

Pocos estudios se han realizado sobre el funcionamiento familiar y la obesidad en adultos, todos se han enfocado a la obesidad infantil como **Días Encinas y Enriquez Sandoval**² en su estudio de *Obesidad Infantil, ansiedad y familia* donde menciona que la familia y los aspectos psicológicos, entre ellos la ansiedad y el funcionalismo familiar son de fundamental importancia en la producción y mantenimiento de la obesidad, y pueden precipitar el consumo exagerado de alimentos. **Domínguez Vázquez**³³ en su Archivo de *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad* nos comenta que el aumento de la prevalencia de obesidad hace necesaria la actualización sobre tópicos aun poco conocidos como las influencias familiares en la conducta de alimentación y las evidencias existentes sobre la relación entre la conducta alimentaria familiar y la obesidad. Donde esta parte de la familia se ha dejado a un lado en los estudios de factores de riesgo para la obesidad, pero que siendo la familia parte nutricia o toxica de un individuo debería tomarse en cuenta para su diagnóstico y manejo integral.

Herrera Santi¹¹ en su *análisis de la familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Recomienda como indicador de evaluación familiar la comunicación la cual debe ser clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se transmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se transmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos por lo que las dificultades en la

comunicación pueden verse mas bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc. Aunque en nuestro resultados en forma general captamos familias funcionales, conforme se va avanzando a mayor grado de obesidad se altera la comunicación familiar área muy importante para manifestar la enfermedad, los sentimientos del individuo ante este proceso y solicitar redes de apoyo intra y extrafamiliar para su manejo, lo cual dificulta su atención médica oportuna, es por eso que los médicos de primer nivel no debemos olvidar la atención integral de estos pacientes sobre todo preventiva , oportuna y continua.

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de personas atendidas fue de entre la tercera y sexta décadas de la vida siendo en su mayoría empleados, lo cual está directamente relacionado con ser empleados y por consiguiente con la escolaridad la cual en su mayoría fue de nivel primaria y secundaria, reflejando con esto un nivel socioeconómico de tipo obrero. Así mismo las mujeres son las que hacen uso con mayor frecuencia de los servicios de salud.

Por otra parte nuestros resultados coinciden en que el sobrepeso y la obesidad predominan en el sexo femenino, además de presentarse un incremento significativo en el nivel socioeconómico obrero y medio bajo en cualquier grado de obesidad, nivel de escolaridad primaria y ocupación empleado que deja en claro los cambios de estilo de vida que ha tenido esta clase de población sobre todo en la alimentación y el ejercicio, originado la aparición de enfermedades crónicas degenerativas y que la más visible y sin diagnóstico médico es la obesidad pero por la falta de cultura de prevención y manejo oportuno no se acude hasta que se presenta asociado a diabetes, hipertensión u otra patología, sin embargo nunca se toma en cuenta las repercusiones en la familia, porque se cree que es un padecimiento normal en ella sin embargo la percepción de la evaluación de funcionamiento familiar observamos que existe alteración en la comunicación conforme se va incrementando la obesidad, por que hay que otorgar orientación psicológica y social adecuada a estas familias.

RECOMENDACIONES

La presente investigación realizada en pacientes adultos atendidos en la UMF No 20 en relación a la presencia de funcionalidad familiar y obesidad-sobrepeso, se hizo con el objetivo de saber si esta condición se presentaba en los pacientes. Los resultados encontrados, aunque en un mínimo porcentaje, corroboran algunas características que favorecen el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, lo cual resulta de vital importancia en lo que respecta al papel del médico familiar ante esta patología ya que permite entenderla de una manera global y considerar que se trata de un padecimiento en la que no solo influyen factores biológicos para su desarrollo, sino también factores familiares y psicosociales por lo que consideró que se debe dar suma importancia a la investigación de la dinámica y funcionalidad familiar en el momento de dar atención a las personas con esta enfermedad.

Por esto, resulta adecuado el ejercicio del médico familiar en la evaluación y tratamiento de dichos pacientes, para conservar su equilibrio tomándolo en cuenta como parte de un sistema que puede mejorar en generaciones futuras, ante cambios en los estilos de vida, evitar esta y otra enfermedad crónica degenerativa.

Por último, considero que se debe realizar investigaciones relacionadas con el tema y ahondar en aspectos más detallados en cuanto a la dinámica , funcionalidad familiar y otros factores de riesgo como sedentarismo, exposición a estrés, tipo específico de alimentación , depresión, ansiedad etc, en estos pacientes, ya que siendo una patología actualmente considerada como un problema de salud pública, en nuestro medio no se cuenta con información suficiente entorno a su relación con los aspectos familiares y psicosociales y lo cual sería de gran ayuda para una mejor intervención del médico familiar en el manejo de esta enfermedad.

REFERENCIAS

1. Urrejola N. ¿Por qué la obesidad es una enfermedad?. Rev Chil Pediatr. 2007, 78(4): 421-423
2. Dias-Encinas D, Enríquez-Sandoval D. Obesidad infantil, ansiedad y familia. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2007; 24(1): 22-26
3. Fausto-Guerra J, Valdez-López R, Aldrete-Rodríguez M, López-Zermeño M. Antecedentes Históricos sociales de la obesidad en México. Investigación Médica. 2007; 8(2): 91-94
4. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 311. Septiembre de 2006
5. NOM 174-SSA1-1998 Para el manejo integral de la obesidad
6. Cuevas M , Reyes M. Actualización para el diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Revista del climaterio. 2005; 9(49): 19-26
7. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2006. México
8. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de salud 2000. Primera edición, 2003. México Tomo 2
9. Gómez-Dantés H, Vázquez-Martínez J, Fernández-Cantón. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med IMSS 2004; 42(3): 239-245
10. Braet C. Psychological profile to become and to stay obese. International Journal of Obesity. 2005; 29: S19-S23
11. Herrera-Santi P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med gen Integr. 1997; 13(6):591-5
12. Huerta-Martínez y cols. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México
13. Velasco-Campos M y Luna-Portilla M. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. EEF. Pax, 1ª edición. México, 2006.

14. Barquera-F S, García E, González-Villalpando C. Obesidad en el adulto. *Práctica médica continua*. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2003. 5(3)
15. Mancilla-Díaz J, Durán-Díaz A. Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública de México*. 1992; 34(5): 533-539
16. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez G, Nava-Jiménez V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 45(3): 225-232
17. Editorial. Temas para el DSM-V: ¿debería incluirse la obesidad entre los trastornos mentales?. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*. 2007; 10:8
18. Torres-Sánchez J. Frecuencia de apego en el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso de la UMF No. 20 del IMSS. México, 2007.
19. Alanis-Resendiz E. SIDA y funcionalidad familiar. México, 2001
20. Delgado-Álvarez A. La dinámica y funcionalidad familiar en familias adolescentes. México, 1999.
21. INFORME BELMONT. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. 1976. [serial on line]. Available from: URL: http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes
22. Código de Nüremberg (1946). [serial on line]. Available from: URL: http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes
23. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [serial on line]. Available from: URL: http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes
24. Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 19-06-2007
25. B. Vizcamos, C. Hunot, Capdevila F. Alimentación y obesidad. *Investigación en Salud*. 2006; 8(2): 79-85
26. Vásquez-Garibay E, Romero-Velarde E, Ortiz-Ortega M, Gómez-Cruz Z, González-Rico J, Corona-Alfaro. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en pediatría. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 173-186

27. Villaseñor-Bayardo S, Ontiveros-Esqueda C, Cárdenas-Cibrián K. Salud mental y Obesidad. *Investigación en Salud*. 2006; 8(2): 86-90
28. González-Barranco J. Obesidad. *Bol Med Hosp Infant Méx*. 2004;61:369-371
29. Rodríguez-Scull L. La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. *Rev Cubana Endocrinol* 2004;15(3):7-15
30. Rodríguez-Scull L. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Rev Cubana Endocrinol* 2003; 14(2):21-29
31. Svarch-Guerchicoff A. Obesidad. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*. 2003; 10(57):83-115
32. García-García E. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud pública de México*. 2008; 50(6): 530-547.

ANEXOS



ANEXO 1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO-OBESIDAD ATENDIDOS EN AL CONSULTA EXTERNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.
Registrado ante el Comité Local de Investigación: 3404

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer cuál es la funcionalidad familiar en pacientes adultos CON SOBREPESO-OBESIDAD atendidos en la consulta externa en el primer nivel de atención.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador recompromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Norma Angélica Cortés Ugalde 993523417
R2 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigo _____

Testigo _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD
ATENDIDOS EN AL CONSULTA EXTERNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

NOMBRE: _____

FECHA: _____

EDAD: _____

SEXO:(F) (M)

OCUPACIÓN: _____

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO

MARQUE CON UNA CRUZ EN EL NÚMERO QUE MEJOR SE ADECUE A SU RESPUESTA

Profesión del jefe de la familia	<ol style="list-style-type: none">1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.2. Profesionista técnico, mediano comerciante, o de lapequeña industria, etc.3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa4. Obrero especializado: tractoristas,taxistas, etc.5. Obrero no especializado, serviciodoméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre de familia (si es que todavía depende de ella o si usted es la madre)	<ol style="list-style-type: none">1. Universitaria o su equivalente2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)4. Educación primaria completa5. Educación primaria incompleta, analfabeta
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none">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 mensual4. Salario diario o semanal5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none">1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias3. Espacios reducidos pero confortable, y buenas condiciones sanitarias4. Espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

MARQUE CON UNA CRUZ EN EL NÚMERO DE PARÉNTESIS QUE MEJOR SE ADECUA A SU RESPUESTA CON BASE EN LA SIGUIENTE ESCALA:

1. Mi familia me escucha

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

2. Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todo

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

10. Mi familia me ayuda desinteresadamente

Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------

11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones

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

12. Me siento parte de mi familia

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

13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo

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

14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas

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

15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas

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

16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia

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

17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa

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

18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño

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

19. Me siento apoyado(a) por mi familia

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

20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas

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

21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia

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

22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia

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

23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa

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

24. En mi familia hablamos con franqueza

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

25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta

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

26. Las normas familiares están bien definidas

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

27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas

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

28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos

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

29. Somos una familia cariñosa

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

30. En casa no tenemos un horario para comer

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

31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias

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

32. Mi familia no respeta mi vida privada

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

33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende

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

34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas

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

35. En mi casa no decimos las cosas abiertamente

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

36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos

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

37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia

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

38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos

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

39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas

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

40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta

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