



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 46
CULIACAN, SINALOA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON
OBESIDAD DEL HGSZ No.4 NAVOLATO, SINALOA**

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

**PRESENTA
DRA. JAZMIN DEL CARMEN
LEON SANTIESTEBAN**

CULIACAN, SIN. SEPTIEMBRE DEL 2012.



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON OBESIDAD DEL
HGSZ No.4 NAVOLATO, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JAZMIN DEL CARMEN LEON SANTIESTEBAN

AUTORIZACIONES:

DR. NORIEGA GIL ORLANDO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF.No.46
CULIACAN, SINALOA

DRA.PAULA FLORES FLORES

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

CULIACAN, SINALOA. SEPTIEMBRDEL 2012.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON OBESIDAD DEL
HGSZ No.4 NAVOLATO, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JAZMIN DEL CARMEN LEON SANTIESTEBAN

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CULIACAN, SINALOA. SEPTIEMBRE DEL 2012

ÍNDICE

Resumen.....	4
1. Marco Teórico.....	5
Antecedentes científicos.....	16
Justificación.....	24
Planteamiento del problema.....	26
Objetivos.....	27
II. Material y métodos.....	28
Criterios de inclusión.....	29
Metodología.....	30
Consentimiento informado.....	30
Variables.....	31
Recursos utilizados.....	37
Diseño estadístico.....	38
Análisis estadístico.....	39
Consideraciones éticas.....	40
III. Resultados.....	41
IV. Discusión.....	43
V. Conclusión.....	45
VI. Sugerencias.....	46
VII. Referencias bibliográficas.....	47
VIII. Anexos.....	50

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la frecuencia de disfunción familiar y la obesidad en pacientes derechohabientes adscritos al Hospital General de Sub-Zona No.4 Navolato, Sinaloa.

TIPO DE ESTUDIO: Es un estudio prospectivo, observacional, transversal, descriptivo.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó la presente investigación en mujeres de 20 a 49 años de edad, que presentan obesidad que acudieron a recibir atención médica al HGSZ No.4, en la ciudad de Navolato, Sinaloa, México. Se elaboró un cuestionario semiestructurado para la identificación de variables, la funcionalidad familiar se valoró mediante la aplicación del cuestionario FACES III y la tipología familiar en base a su grado de parentesco de acuerdo al Consenso de Medicina Familiar.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 130 encuestas a derechohabientes del HGSZ No.4 que acudieron a consulta externa en el periodo comprendido de junio a septiembre del 2012, de estos 130 (100%) fueron del sexo femenino de las cuales 45 (35%) presentaban obesidad I, 63 (48%) con obesidad II y 22 (17%) con obesidad III. De la población estudiada la edad promedio fue de 33 años (rango de 20 a 49) y DE de 8.9. La alteración en la funcionalidad familiar en la población estudiada fue de 58.46% de familias menos funcionales, seguido de un 31.54% de familias con funcionalidad moderada y solamente el 10% de familias funcionales y en la tipología familiar por el grado de parentesco según el Consenso de Medicina Familiar predominó la familia nuclear simple en un 53%.

CONCLUSIONES: La alteración de la funcionalidad en la familia según el resultado del estudio muestra que existe probable relación entre el grado de funcionalidad familiar y la obesidad en mujeres.

MARCO TEORICO

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial, en la que participan factores metabólicos, genéticos, psicosociales y culturales. Afecta a más de 1.1 billón de personas en el mundo, constituyendo un problema de salud pública a nivel internacional.¹

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.¹⁵

La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento y que plantea un serio riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades de la vesícula biliar y ciertas formas de cáncer. Se puede considerar a la obesidad como una consecuencia de la interacción de las fuerzas ambientales con el sustrato genético del individuo, concretamente con unos genes de susceptibilidad. Estos genes exageran el depósito de grasa cuando se restringe el aporte de alimentos, y aumentan el riesgo de obesidad cuando abunda el alimento y disminuye el consumo de energía.²

La grasa corporal y su distribución varían según el sexo, edad, grado de ejercicio físico e influencia de algunos fármacos. Tanto en el hombre como en la mujer, la

grasa corporal aumenta con la edad, en las mujeres jóvenes, los depósitos de grasa pueden ser inferiores del 30% y aumentar gradualmente hasta más del 35%. A cualquier edad después de la pubertad, las mujeres tienen más grasa que los varones. 3-24

La fórmula que más se utiliza para relacionar la estatura y el peso es el índice de masa corporal (IMC): $\text{peso}/(\text{estatura})^2$. Para la mayoría de individuos se suele considerar que un IMC de 20 a 25 Kg/m² es un peso saludable, el sobrepeso se define como un IMC superior a 27 Kg/m² y la obesidad se caracteriza por un IMC de más de 30 Kg/m².

En las mujeres, un aumento de más de 5 Kg de peso se asocia a mayor riesgo de diabetes y cardiopatías.

En la mayoría de los países europeos, la obesidad se define como un IMC superior a 30Kg/m². Se ha producido un ligero aumento en la prevalencia en ambos sexos, pues en las encuestas ha habido un incremento de más del 30% tanto en EE.UU como en otros países.³

En México, el sobrepeso y la obesidad, afectan al 70% de la población, entre los 30 y 60 años, observándose una prevalencia de sobrepeso mayor en hombres (42.5%), que en mujeres (37.4), mientras que la obesidad es mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). Durante el 2007, se otorgaron 290,594 consultas de esta patología en el primer nivel de atención. La obesidad ocasiona grave impacto en el ámbito de la salud, economía, política y estructura organizacional de un país.³

Los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante en la patogenia de la obesidad o bien aumentar la susceptibilidad para su desarrollo. Se cree que del 30 al 50% de la variabilidad de los depósitos de grasa de todo el cuerpo están determinados genéticamente.²

Además de su papel de acumular grasa, la célula adiposa es un órgano secretorio importante. Produce lipoproteinlipasa, que actúa hidrolizando los triglicéridos de las lipoproteínas de muy baja densidad, además del adipocito produce citocinas, como factor alfa de necrosis tumoral, angiotensina y leptina. La célula adiposa produce grandes cantidades de lactato y metaboliza glucosa para formar glicerol-3 fosfato, que se utiliza en la síntesis de triglicéridos. Después de una comilona, los adipocitos humanos sintetizan ácidos grasos de cadena larga. En muchas formas de obesidad grave de comienzo infantil existe un aumento del número de células adiposas.

Actúan de forma recíproca con la susceptibilidad genética en la patogenia de la obesidad. Factores importantes de la obesidad hipotalámica son la hiperfagia y un trastorno en el sistema nervioso autónomo que consiste en un aumento de los impulsos parasimpáticos.

Hay enfermedades endócrinas asociadas a la obesidad como la enfermedad de Cushing y el síndrome de ovario poliquístico, y también la obesidad inducida por fármacos.

Para mantener normales los depósitos de grasa, los nutrientes de la dieta deben oxidarse en el cuerpo en la misma proporción en que figura la dieta.

Como el aporte diario de carbohidratos es casi equivalente a los depósitos corporales de glucosa, los depósitos de aquellos son más vulnerables cuando esos nutrientes varían en la dieta que cuando lo hacen las grasas o las proteínas.

Si el cuerpo es incapaz de reducir la oxidación de los carbohidratos, el mecanismo compensador consiste en aumentar el aporte de alimentos para proporcionar los carbohidratos necesarios junto con un creciente almacenamiento de grasa hasta que se alcanza un punto en que la oxidación de los ácidos grasos aumenta para cubrir el aporte dietético promedio.

Existen tres índices pronósticos reconocidos sobre el futuro aumento de peso: un metabolismo basal bajo, un CR alto, que indica la oxidación de los carbohidratos y la necesidad de comer para reponerlos, y la resistencia a la insulina.

El aumento de mortalidad que se asocia a la obesidad se debe principalmente a los mayores riesgos de enfermedades cardiovasculares, elevación de la presión arterial, diabetes mellitus y, posiblemente algunas causas de cáncer.

Además de la mayor sobrecarga de trabajo para el corazón, la obesidad también se asocia a un aumento de riesgo de muerte súbita, debido probablemente a arritmias cardíacas y a mayor riesgo de aterosclerosis, lo que probablemente es consecuencia de un perfil de lípidos anormal, caracterizado por unos valores bajos de colesterol de alta densidad (HDL), y unos valores altos de colesterol de baja densidad (VLDL).

Entre los primeros índices de predicción de diabetes futura se encuentra el desarrollo de resistencia a la insulina. La diabetes mellitus tipo 2, es casi inexistente en los individuos con IMC inferior a 22Kg/m².

La incidencia de cáncer endometrial y del cáncer de mama posmenopáusico en la mujer esta relacionado con el grado de obesidad. En las mujeres obesas hay mayor producción de estrógenos debido a la aromatización en el tejido adiposo de la androstendiona circulante.

Las enfermedades de la vesícula biliar aumentan de prevalencia con la obesidad y la edad, posiblemente en relación con la mayor excreción de colesterol por la bilis.

La mayor incidencia de artrosis se debe indudablemente al traumatismo adicional que supone el aumento de peso, pero el hecho de que la artrosis también aparezca en las articulaciones que no soportan peso.

Entre los problemas cutáneos asociados a la obesidad están la acantosis negricans, que se manifiesta por oscurecimiento de los pliegues cutáneos del cuello, los codos y los espacios interfalángicos dorsales. En la obesidad también puede haber aumento de la turgencia y friabilidad de la piel, lo que eleva el riesgo de infecciones por hongos y levaduras en los pliegues cutáneos, finalmente, los obesos tienen mayor estasis venosa.

En la obesidad grave puede aparecer apnea del sueño y plantearse un problema potencialmente grave, se cree que la apnea del sueño obstructiva se debe a la acumulación local de grasa en la región traqueo faríngea. Los episodios obstructivos de apnea del sueño producen interrupciones del sueño que se

asocian a hipoxemia e hipercapnia, si no se corrige, este proceso puede dar lugar a insuficiencia cardiaca congestiva.

Un hecho constante es la resistencia a la insulina que conduce a hiperinsulinemia y que esta directamente relacionada con el grado de obesidad. La distribución de la grasa corporal influye en el metabolismo de los esteroides en la mujer. Las mujeres con grasa central o visceral producen más andrógenos y testosterona de lo normal, y aquellas con obesidad glúteo femoral tienen niveles elevados de estrona debido a la aromatización de los andrógenos circulantes en los tejidos periféricos.

La resistencia a la insulina precede al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, y además es un denominador común en el denominado síndrome metabólico. Aunque la etiología de la resistencia a la insulina no esta totalmente esclarecida, parece claro que los cambios en el estilo de vida con un escaso ejercicio físico y accesibilidad constante a alimentos, especialmente en los países desarrollados y en los económicamente emergentes, junto con factores genéticos, son los que parecen haber disparado la escalada de la incidencia de enfermedades relacionadas con la resistencia a insulina. El aumento de tejido adiposo se ha relacionado con el aumento de la producción de citoquinas proinflamatorias, que junto con los ácidos grasos, parecen ser los responsables del desarrollo de la resistencia a la insulina.

La distribución regional de la grasa corporal desempeña un papel importante en los factores de riesgo para la obesidad. Un perímetro de la cintura por encima de 100 cm en los varones y de 90 cm en las mujeres se asocia a niveles más altos de triglicéridos y a niveles menores de HDL.

CLASIFICACION DEL ESTATUS DEL PESO CORPORAL

FUENTE	IMC	CLASIFICACION	TIPO DE OBESIDAD
OMS	<18.5-24.9	Bajo peso	-
	18.5-24.9	Peso normal	-
	25-29.9	Sobrepeso	-
	30-34.9	Obesidad	I
	35-39.9	Obesidad	II
	>40	Obesidad	III
NOM	>23 talla baja*	Sobrepeso	-
	>25-<27	Sobrepeso	-
	>25 talla baja*	Obesidad	-
	>27	Obesidad	-

NOM 174-SSAI-1998

*Talla baja en hombres < 1.60 m. Mujeres < 1.50 m.

Existen deferentes criterios para establecer los puntos de corte que permitan identificar sobrepeso y obesidad en diferentes poblaciones. Los criterios que han recibido la mayor atención, y por tanto, mayor uso, corresponden a aquellos fijados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las encuestas nacionales de nutrición y salud levantadas en los Estados Unidos de América (NHANES I y II), y el Grupo Internacional de Tarea para la Obesidad (IOTF). La OMS utiliza la relación peso/talla, determinando los puntos de corte para sobrepeso, por arriba de dos desviaciones estándar, y para obesidad, por arriba de tres desviaciones estándar, tomando como población de referencia recopilada por el Centro Nacional de Estadística en Salud (NCHS) de los Estados Unidos de América. Las encuestas NHANES utilizaron el cociente del peso/talla², o índice de masa corporal (IMC), definiendo como punto de corte por arriba de la percentila 85 para sobrepeso y por arriba de la percentila 95 para obesidad, tomando como referencia a la población en estudio. El IOTF definió un nuevo criterio, basado en las curvas percentiles de la propia población bajo estudio, definiendo como punto de corte el equivalente a un IMC > 25Kg/m² en el adulto para definir sobrepeso, y un IMC > 30 Kg/m² en el adulto para definir obesidad. ⁴

El manejo ideal de la obesidad debería reunir las siguientes características: lograr pérdida gradual y constante de peso, evitar riesgo metabólico, producir saciedad, preservar masa magra, no modificar el crecimiento normal ni desencadenar reacciones psicológicas. ⁵⁻⁶

El tratamiento debe estar dirigido a modificar el contenido dietético y calórico, definir y utilizar un programa de actividad física adecuado para la edad, modificar

la conducta y promover la participación familiar. Es necesario que el problema de sobrepeso y obesidad sea totalmente comprendido y aceptado para lograr la adherencia y mantener el tratamiento continuo para evitar que se convierta en un círculo vicioso. 5-6

El objetivo primario es mejorar a largo plazo el peso, ya sea pérdida de peso o mantenimiento del mismo durante el crecimiento lineal. Se recomienda un abordaje terapéutico multidisciplinario con la intervención conjunta del médico tratante, psicólogo, y Lic. en Nutrición, para la prescripción del plan de alimentos elaborado por un profesional certificado en nutrición. 5-6

El medio ambiente y los factores personales tienen gran influencia en el comportamiento alimentario, así como en la preferencia por determinados sabores, patrones culturales y la disponibilidad de alimentos. Son los padres quienes tienen la principal responsabilidad y el mayor impacto sobre los patrones de alimentación de sus hijos, los cuales serán fundamentales a lo largo de toda la vida, y son ellos quienes influyen en las diferentes áreas para la formación de los hábitos y que no sean unos adultos con obesidad, ya que la influencia de los padres y cuidadores sobre el desarrollo y formación de hábitos saludables de alimentación es fundamental, para prevenir los problemas de nutrición asociados con el sobrepeso y con la obesidad. 7

Las familias aun en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas del desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización,

cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea es uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de salud familiar. 7-8

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se hable de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. 9-10

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna (s) de estas funciones por alteraciones en alguno de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando alguno (s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja por que requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. 9

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una máquina, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema fraterno filiar (padre e hijos), y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que la pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la

composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana, rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.⁸⁻⁹

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición para la funcionalidad familiar como el FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen.¹⁰

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La obesidad emerge como un problema prioritario de salud pública en nuestro país. La encuesta Nacional de Nutrición y la encuesta Nacional de salud del 2000, informan un incremento importante en la frecuencia de esta enfermedad en la población mexicana, las frecuencias de obesidad en la población derechohabiente del IMSS son mayores a las reportadas en el ENSA-2000 para la población general, tal situación hace prever consecuencias importantes sobre los servicios de salud, en particular a los dedicados a controlar los daños asociados a enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, artropatías y algunos tipos de cáncer. ¹¹

Más del 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estas cifras alarmarían a cualquiera que fuese responsable del futuro económico y bienestar de México, el hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad.³

La Organización Mundial de la Salud anunció que existen en el mundo mas de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad. Además de la epidemia, se observa en México gran incremento en la incidencia de diabetes tipo2. ³

A la coexistencia de una y otra condiciones se le ha llamado a nivel global “la epidemia gemela”, el 80% de los casos de diabetes tipo 2 están relacionados con el sobrepeso y la obesidad en particular la obesidad abdominal.

En México podríamos hablar de por lo menos tres epidemias porque no es solo la obesidad y la diabetes tipo 2 las que avanzan en el país a pasos agigantados, sino también las enfermedades cardiovasculares que van de la mano con las altas prevalencias tanto de hipertensión arterial como del síndrome metabólico informados en investigaciones basadas en los datos de la encuesta nacional de salud 2000.

La obesidad junto con la diabetes son los factores de riesgo que se ha incrementado más notoriamente en los últimos años. Representa su asociación un importante gasto en recursos materiales y económicos. Por ejemplo en Estados Unidos el costo anual que represento la diabetes en sujetos no obesos fue de 2 billones de dólares, en cambio cuando la persona era obesa, el costo se incremento hasta 12 billones de dólares.¹²

La obesidad es compleja en su etiología y tratamiento. Su incidencia es global va en aumento, el promover la pérdida de peso sólo puede traer efectos benéficos. La obesidad es un trastorno crónico de origen multifactorial, el descubrimiento del gen ob y su producto, la proteína OB o leptina, del neuropéptido y así como las alteraciones del metabolismo de los tejidos lipogénicos que alteran al apetito, son avances significativos para comprender su etiopatogenia y tratamiento. Los médicos y sus pacientes deben interactuar estrechamente, evaluando los riesgos posibles que implica el tratamiento contra los beneficios reales de éste, siendo esencial una buena relación médico-paciente.¹³

La obesidad desde el punto de vista psicológico es difícil de definir, ya que se pueden considerar varias teorías psicológicas que pueden explicarla y que estipulan su posible etiología y su tratamiento. A pesar de que todavía no es clara la relación entre obesidad y algún tipo de personalidad, la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atente las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento familiar, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad. ¹⁴

La prevalencia de obesidad está incrementando a nivel mundial, sin embargo el dato preciso sobre la velocidad de aparición de nuevos casos de obesidad medida como el porcentaje de incidencia de obesidad son escasos. ¹⁵

El desarrollo de la autoestima esta en relación con el vinculo social y familiar, en diversos estudios se ha demostrado la relación de la autoestima y la funcionalidad familiar en pacientes obesos. En este estudio transversal de adolescentes se encontró que la funcionalidad familiar en relación a la autoestima fue: funcional 42%, 41% y 46% en autoestima alta, media y baja respectivamente. En el grupo de obesos, predominio la autoestima baja y la funcionalidad familiar al compararse con los no obesos. No hubo relación de la funcionalidad familiar con la obesidad y la autoestima. ¹⁶

En otro estudio, la repercusión de la depresión en la funcionalidad familiar, en donde se sitúa al sistema familiar ante una situación nueva, que puede contribuir a sobrecargarlo a este en el plano de la disfuncionalidad. En dicho estudio, se

determino el grado de repercusión de la depresión en la funcionalidad familiar en pacientes con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de medicina familiar, del cuales 50 pacientes que se estudiaron con sobrepeso y obesidad, considerando el sexo, las mujeres representan el 68% y varones representan el 32 % se observo, según la escala de depresión de Zung, depresión leve 52%, depresión moderada 40%, depresión grave 6%, sin depresión 2%. En la relación a la funcionalidad familiar el 80% presentan normofuncionalidad, el 14% presenta disfuncionalidad familiar moderada y el restante 6% disfuncionalidad familiar grave. En conclusión, la mayoría de los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan depresión leve con funcionalidad familiar. Por lo tanto, se concluye que correlacionando el grado de depresión de los pacientes con diagnostico de sobrepeso y obesidad, según la escala de depresión y funcionalidad familiar, encontraron que la depresión no tendría importante repercusión en la funcionalidad familiar. La familia como pilar fundamental de la sociedad se constituye de una fuente de apoyo social y afectivo para que los pacientes que sufren sobrepeso y obesidad. 17

La dieta con alto contenido de azúcares y grasas, se asocia principalmente a que se produzca obesidad, los sujetos con mayores niveles de eventos estresantes, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, estrato socioeconómico laboral obrero, sedentarios, alcoholismos tienen una significativa tendencia a producir disfunción familiar y severa. Según el artículo publicado, la relación de la funcionalidad familiar, estrés y ansiedad, el funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por el sexo, estado civil, profesiones y algunos riesgos de la

salud. La ansiedad, conlleva en ocasiones al ingerir alimentos de forma excesiva produciendo alteraciones en el peso hasta llegar a la obesidad. La ansiedad esta en correlación a la funcionalidad familiar y por lo tanto, la ansiedad y el sobrepeso se encuentran relacionados de igual magnitud. Los estímulos psicosociales se han estudiado como precursores de enfermedad. Al utilizar para su estudio una visión sistémica. El sector seleccionado de Mérida, de un total de 596 muestras, se procesaron 500. De los cuales los resultados demuestran que los sujetos con mayores niveles de eventos estresantes, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, estrato socio económico laboral obrero, sedentarios, alcohólicos, tienen tendencia a producir disfuncionalidad familiar moderada y severa, el reajuste social según eventos estresantes y la ansiedad, estuvieron en correlación negativa altamente significativa con el funcionalismo familiar. El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado puede afectar a aquellas influencias familiares controlable por el hombre, de tal manera que estas reflejan positiva o negativamente para la salud de sus individuos. 18

Recientemente algunos estudios han sugerido que la obesidad se acompaña de un estado de estrés oxidante crónico, el cual se ha propuesto como el nexo de unión entre la obesidad y algunas comorbilidades asociadas tales como la resistencia insulínica y las patológicas cardiovasculares, esta revisión actualiza los datos de los últimos años acerca de la relación entre la obesidad y el estrés oxidante; así como el papel de la terapia como antioxidantes dietéticos para reducir el estrés oxidante. El efecto potencial anti-obesidad de los antioxidantes procedentes de extractos vegetales como las catequinas procedentes del té verde,

ha sido ampliamente estudiado en algunas investigaciones, observándose su eficacia en la disminución del peso corporal, así como en la mejoría del estrés oxidante. ¹⁹

Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, al respecto Soroski, argumenta que 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 ha su vez respondan a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, neuroquímica, genética, 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. Las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conllevan a un estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión y baja autoestima. ²⁰

En España se ha observado un importante incremento de la prevalencia de la obesidad mórbida, y en Canarias comunidad autónoma que en estos momentos registra una de la mayores cifras del país en prevalencia de la obesidad, por ello se realizó un estudio, con el objetivo de conocer la distribución tanto de una serie de estilos de vida como de los factores de riesgo y enfermedades asociadas a una población de mujeres posmenopáusicas con obesidad grado II y superior, así como conocer que proporción de esas mujeres se encuentra por debajo del

umbral de la pobreza. Las conclusiones fueron que más de la mitad de las mujeres con obesidad mórbida están por debajo del umbral de la pobreza y viven en un hábitat rural, consumen menos alcohol y tabaco, son más sedentarias y presentan una mayor prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión e hipotiroidismo. ²¹

Se ha demostrado que intervenciones basadas en cambios de estilo de vida, tales como dietas y actividad física, provocan una reducción de peso capaz de disminuir los factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, persiste la interrogante de cuál es el tipo de intervención y duración más efectiva. El objetivo de este estudio fue evaluar y comparar el efecto en el peso de intervenciones basadas en dieta, ejercicio y una combinación de ambos, en adultos con sobrepeso y obesidad, a los seis y doce meses de ejecución. Se realizó una revisión sistémica y posteriormente un meta análisis, seleccionándose 12 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y nivel de calidad exigido. Las intervenciones de dieta mostraron disminuciones de -6.66 kilos (intervalo de confianza del 95%) -9.04 a 4.28 kilos a los seis y doce meses respectivamente, las intervenciones con ejercicio presentaron reducciones de 2.21, 4.28 kilos a los seis y doce meses y aquellas con dieta y ejercicio fueron 10.86, 6.50 a los seis y doce meses respectivamente. La combinación de dieta y ejercicio fue más efectiva en la disminución de peso en personas con sobrepeso y obesidad, seguida por la dieta, mientras que el ejercicio no tuvo resultados significativos. En los tres tipos de intervenciones el efecto fue mayor durante los primeros seis meses de ejecución.²²⁻²⁵

Los pacientes con diabetes tipo 2 muestran un bajo cumplimiento dietético y esto se agrava aún más con la obesidad mórbida. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad en la dieta de los pacientes con DM2 y obesidad comórbida en comparación con pacientes que solo padecen DM2, además de examinar la asociación entre las comorbilidades y la calidad de la dieta. La muestra consistió en 59 pacientes adultos con diabetes y obesidad y 94 pacientes con solo DM2. Se registraron todas las comorbilidades y las complicaciones por diabetes, y se evaluó la calidad de la dieta con el Índice de alimentación Saludable (IAS). La media bruta de las IAS en las personas diabéticas y obesas fue del 81.9 y en aquellas que solo presentaban diabetes 80.2. Al ajustar por sexo, edad y peso, las personas con diabetes y obesidad simultánea presentaron con IAS más elevado. De las comorbilidades más habituales solo la nefropatía disminuyó el IAS. De acuerdo con el análisis de componentes principales de la muestra total, la calidad de una dieta adecuada viene explicada por las enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, alcoholismo, úlcera péptica, el sexo, la diabetes, obesidad y el síndrome de pie diabético. Los pacientes con adultos con DM2 demostraron una calidad adecuada en su dieta. Existen diversos factores asociados con la adopción de una dieta de alta calidad entre las personas con diabetes y obesas y aquellas con solo DM2. ²³⁻²⁶

JUSTIFICACION

La obesidad representa una patología en alarmante incremento, considerada como un problema de salud a nivel mundial, asociada con complicaciones cardiovasculares y metabólicas, además el desarrollo de la autoestima esta en relación con el vinculo social y familiar en la que podemos destacar problemas de adaptación, sexualidad, apariencia física y particularmente problemas en el circulo familiar. Actualmente en la literatura existente la obesidad abarca diversos aspectos tales como su prevención, fisiopatología, tratamiento de la misma y de patologías asociadas sin embargo no se ha puesto la misma importancia a las funciones familiares.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad en adultos, ya que en la actualidad el 70% de la población tiene problemas de obesidad o sobrepeso, esto ha colocado a México en el segundo lugar mundial con este problema y lo que puede ser más alarmante es que la obesidad se considera como un factor de riesgo que favorece el padecimiento de enfermedades crónicas como la Diabetes, Hipertensión Arterial, Colesterol, Triglicéridos y Lípidos elevados, así como, Enfermedades Cardiovasculares, que en la actualidad son importantes causas de muerte.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2010 52.2 millones de mexicanos sufren de sobrepeso y obesidad. La obesidad disminuye 6 años el promedio de vida de las mujeres y 7.2 años en los hombres.

Alrededor de 4 millones y medio de niños de entre cinco y once años tiene sobrepeso. En la última década, el sobrepeso tuvo un incremento del 77% en menores que se encuentran en este rango de edad.

La Secretaría de Salud, sugirió de continuar estas tendencias en 2015 la obesidad puede representar una carga financiera superior a los 100 mil millones de pesos, de los cuales 70 mil corresponderían a gastos médicos.

En México en la actualidad a diario mueren 78 personas por obesidad y sus causas en el IMSS, lo cual es el antecedente inmediato de diabetes, se estima que de continuar la actual tendencia, dentro de los 10 años 90% de la población estará en esta condición de salud.

En Sinaloa, la obesidad afecta el 20% de la población. De 2 a 3 personas tienen sobrepeso u obesidad ocupando el primer lugar a nivel Sinaloa, tanto en adultos como en menores de acuerdo al último estudio realizado por la organización para la cooperación y desarrollo económico.

La disfunción familiar es uno más de los factores que originan que una persona tenga desequilibrio en la alimentación y provoquen un sobrepeso, el cual se convierte en obesidad.

Debido a esto es importante señalar la importancia de este estudio ya que en nuestro medio existen pocas investigaciones que hacen referencia de la obesidad en relación con la funcionalidad familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia, el grado de funcionalidad familiar y tipología familiar en pacientes mujeres obesas de 20 a 49 años del HGSZ No.4 Navolato, Sinaloa?

OBJETIVO GENERAL

- Describir la frecuencia, el grado de funcionalidad y tipología familiar en las pacientes mujeres de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad que acuden a la consulta externa del HGSZ No.4, Navolato, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de obesidad según el IMC en las pacientes estudiadas.
- Registrar las variables sociodemográficas de la población de estudio como la ocupación, nivel socioeconómico, estado civil y nivel escolar
- Identificar los tipos de familia en base a cohesión, adaptabilidad y parentesco de las pacientes en estudio.
- Evaluar la funcionalidad familiar mediante test- FACES III de la población en estudio.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Prospectivo

Observacional

Transversal

Descriptivo

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

Lugar: HGSZ No.4. Navolato, Sinaloa.

Tiempo: Junio a Septiembre 2012.

Área: Consulta externa del HGSZ No.4 Navolato, Sinaloa.

Población Objetivo: Pacientes mujeres de 20 a 49 años derechohabientes del HGSZ No.4 Navolato, Sinaloa, que acudirán a consulta externa y cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres de 20 a 49 años
- Cualquier ocupación
- Derechohabientes del HGSZ No.4 Navolato, Sin.
- Con obesidad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Las pacientes que no acepten contestar los cuestionarios.
- Pacientes que no tienen diagnóstico de obesidad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Encuestas incompletas.

METODOLOGIA

La recolección de datos se realizó a partir del interrogatorio y las encuestas fueron aplicadas mediante entrevista por alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales a las pacientes que acudieron a consulta y que cumplieron con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado de manera verbal, en la consulta externa del HGSZ No. 4 Navolato, Sinaloa, del turno matutino.

CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL

Se informo a las pacientes derechohabientes del IMSS de manera verbal, para la aplicación de la encuesta, sobre el interés de su realización. Así como el tipo de preguntas que se les realizo con el fin de dar una mejor atención de manera integral en las funcionalidades familiares, para conocer la problemática de su sobrepeso, demostrando al paciente la información que se tiene sobre el estudio para brindarle mayor confianza, se les explicó los pasos a seguir, y se les pidió que llenarán una encuesta como único requisito, con el derecho de decir que no, si no está de acuerdo y sería bien respetado.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALAS DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
DISFUNCION FAMILIAR	A la falta de cumplimiento de las funciones familiares considerando los resultados de faces III	Ordinal	Clasificación de Cohesión: -No relacionada: 10 a 30 puntos. - Semirelacionada: 34 a 40 puntos. -Relacionada: 41 a 45 puntos. -Aglutinada: 46 a 50 puntos. Clasificación de adaptabilidad: -Rígida: 10 a 19 puntos. -Estructurada: 20 a 24 puntos. -Flexible: 25 a 28 puntos. -Caótica: 29 a 50 puntos.
NIVEL ECONOMICO	<u>Pobreza familiar nivel 1:</u> Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.	Ordinal	

	<p>Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.</p> <p><u>Pobreza familiar nivel 2</u></p> <p>Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros. Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.</p>		
--	--	--	--

	<p><u>Pobreza familiar nivel 3</u> Ingreso per capita inferior al valor de la canasta básica. Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros. Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.</p> <p><u>No Pobres:</u> Aquellas familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los 3 niveles.</p>		
--	---	--	--

<p>CLASIF. DE LA FAMILIA EN BASE A SU PARENTESCO</p>	<p>NUCLEAR: Hombre y mujer sin hijos.</p> <p>NUCLEAR SIMPLE: Padre y madre con 1 a 3 hijos.</p> <p>NUCLEAR NUMEROSA:</p>	<p>Nominal</p>	<p>Nominal</p>
--	--	----------------	----------------

	<p>Pare o madre con 4 hijos o más.</p> <p>RECONSTITUIDA (BINUCLEAR): Padre o madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.</p> <p>MONOPARENTEAL: Padre o madre con hijos.</p> <p>MONOPARENTAL EXTENDIDA: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p>MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA: Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.</p> <p>EXTENSA: Madre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p>EXTENSA COMPUESTA: Padre y madre con hijos, más otras</p>		
--	---	--	--

	<p>personas con o sin parentesco.</p> <p>NO PARENTAL: Familiares con vínculo de parentesco que realiza funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos).</p>		
EDAD	<p>Número de años cumplidos.</p> <p>Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento</p>	Numérica	Años
SEXO	Distinción en la naturaleza del macho o hembra.	Nominal	Masculino o femenino
ESTADO CIVIL	Condición de soltera, matrimonio, etc, de un individuo.	Nominal	Soltera, casada, divorciada, unión libre, viuda.
ESCOLARIDAD	Tiempo por el cual el paciente acudió a la escuela.	Nominal	Ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, profesional.
OCUPACION	Trabajo, oficio, actividad en que una persona ocupa el tiempo.	Nominal	Ama de casa, empleada, profesionista.
PESO	Cantidad expresada en kilogramos, obtenida al utilizar una báscula	Numérica	Kgr y gr.
TALLA	Obtención de la estatura en centímetros a través de una báscula con	Numérica	Cm y mts.

	estadímetro.		
INDICE DE MASA CORPORAL	Es la medida estándar que se está imponiendo para definir los estados de delgadez, sobrepeso u obesidad. IMC = peso en kilogramo/ talla en metros al cuadrado	Ordinal	Peso normal Sobrepeso Obesidad
SOBREPESO	Es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación a la talla	Nominal	Cuando en IMC es mayor a 25
OBESIDAD	Consiste en un porcentaje anormalmente elevado de la grasa corporal que puede ser generalizada o localizada	Nominal	Cuando el IMC es mayor a 30

RECURSOS UTILIZADOS

RECURSOS HUMANOS:

- Alumno del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales que realiza el protocolo de investigación.

RECURSOS MATERIALES:

- Hojas de papel
- Lápiz y pluma
- Computadora
- Impresora
- Hoja de recolección de datos
- Bascula y cinta métrica

RECURSOS FINANCIEROS:

- Los recursos del propio investigador responsable.

DISEÑO ESTADÍSTICO

MUESTRA:

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para su estudio descriptivo:

$$\text{Valores: } Z = (1.96)^2 \\ Z^2 (p) (1-P) \\ n = \frac{\quad}{d^2}$$

$$n = \frac{(3.84) (.08) (1-0.08)}{(0.02)^2} = 0.2826$$

$$n = \frac{(3.84) (0.0736)}{(0.0004)} = 706.56$$

$$n = \frac{.2826}{0.0025} = 113.04 \quad \times .15 = 16.95$$

$$n = 130$$

Fueron pacientes femeninas de 20 a 49 años con obesidad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar del HGSZ No. 4 turno matutino.

TIPO DE MUESTREO:

Probabilístico aleatorio simple.

BASE DE DATOS:

Se realizó un formato que contenga las variables a estudiar.

ANALISIS ESTADISTICO:

A las variables numéricas se le calculó medidas de tendencia central y de dispersión.

A las variables nominales y ordinales se les calculó frecuencia y porcentaje.

Para la presentación de resultados se utilizarán tablas y gráficos.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no interfiere con los principios éticos en el código internacional de ética médica, la asociación médica mundial y la declaración de Helsinki. La información será confidencial y solo con fines educativos. Se solicito consentimiento informado de los pacientes de manera verbal.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 130 encuestas a derechohabientes del Hospital General Sub-Zona No.4 Navolato, Sinaloa que acudían a la consulta externa en el periodo comprendido de junio a septiembre del 2012, de estas el 100% fueron del sexo femenino, de las cuales el 35% presentaron obesidad I, 48% obesidad II y 17% obesidad III (ver gráfica 1). De la población estudiada la edad promedio fue 33 (rango de 20 a 49 años) y desviación estándar de 8.9, la talla promedio reportada fue de 1.60 (rango de 1.52 a 1.85) y desviación estándar 0.03, el IMC promedio fue de 36 (rango de 30.1 a 49.2) y desviación estándar de 3.49 (ver tabla 1).

Con respecto a los datos obtenidos se encontró lo siguiente: estado civil: soltera 11 (8.5%), casada 67 (51.5%), viuda 16 (12.3%), divorciada 7 (5.4%), unión libre 29 (22.3%). (Ver gráfica 2). Escolaridad: primaria completa 37 (28.4%), primaria incompleta 14 (10.8%), secundaria completa 6 (4.6%), secundaria incompleta 12 (9.2%), preparatoria completa 21 (16.1%), preparatoria incompleta 14 (10.8%), profesional 19 (14.7%), técnica 7 (5.4%). (Ver gráfica 3). Nivel socioeconómico: nivel de pobreza 1 41 (31.5%), nivel 2 87 (77%), no pobres 2 (1.5%). (Ver gráfica 4). Ocupación: ama de casa 79 (60.76%), empleada 51 (39.23%). (Ver gráfica 5).

La tipología familiar en base a grado de parentesco según el consenso de Medicina Familiar, en este estudio se reporto familia nuclear simple 69 (53%), nuclear numerosa 26 (20%), reconstruida 3 (2.3%), monoparental 8 (6.2%), monoparental extendida 5 (3.9%), Extensa 15 (11.5%), extensa compuesta 3 (2.3%), no parental 1 (0.8%). (Ver gráfica 6).

En cuanto a la tipología familiar de acuerdo a FACES III, en relación a cohesión y adaptabilidad se registraron: familias funcionales el 10% de ellas semirelacionada

estructurada 2 (1.5%), semirelacionada flexible 5 (3.8%), relacionada estructurada 4 (3%), relacionada flexible 2 (1.5%). Familias moderadamente funcionales: semirelacionada rígida 4 (3%), semirelacionada caótica 3 (2.3%), relacionada rígida 5 (3.8%), relacionada caótica 2 (1.5%), no relacionada estructurada 4 (3%), no relacionada flexible 7 (5.4%), aglutinada estructurada 14 (10.8%), aglutinada flexible 2 (1.5%), no relacionada rígida 5 (3.8%), no relacionada caótica 16 (12.4%), aglutinada rígida 55 (42.4%). (Ver gráfica 7).

DISCUSIÓN

Con la realización de este estudio se pretendió determinar el grado de asociación de disfunción familiar en mujeres con algún grado de obesidad, así como ver su estado civil, escolaridad, ocupación, y tipología familiar en base a su grado de parentesco en 130 pacientes derechohabientes del HGSZ No.4 de Navolato, Sinaloa.

Al analizar la tipología familiar de acuerdo a FACES III, en relación a cohesión y adaptabilidad, se registro un 58.46% de familias menos funcionales, seguido de un 31.54% con mediana funcionalidad y solamente el 10% de familias funcionales. Los resultados concuerdan con lo publicado en un artículo de la revista de Archivos de Medicina Familiar por Mendoza Solís y colaboradores y la revista Internacional Journal of clínica and Health Psychology en el 2006 por Martinez-Pampliega y colaboradores donde se estudió la dinámica familiar relacionando a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención encontrando el 52.5% de las familias menos funcionales.

El registro de tipología familiar por el grado de parentesco según el consenso de Medicina Familiar, en el presente estudio predominó la familia nuclear simple en un 53% lo cual concuerda con la literatura en un artículo publicado en la revista de Archivos de Medicina Familiar en el año 2006 por Mendoza Solís y colaboradores.

Con respecto a su estado civil en su mayoría eran casadas en un 51.5%, los resultados fueron similares a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 de un 68%.

El nivel socioeconómico que predominó fue el nivel de pobreza 2 con 77%, el nivel de escolaridad predominó primaria completa con 28.4%, en cuanto a la ocupación el 60.76% son amas de casa, estos datos son compatibles con resultados descritos en la literatura de la Primera edición del libro Determinantes Genéticos y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

CONCLUSION

La funcionalidad familiar en mujeres con obesidad se encontró alterada en un 58.46%.

En relación a su grado de parentesco son familias de tipo nuclear simple en un 53%.

Se encontró que predominó el nivel de pobreza 2 o nivel medio bajo con un 77%.

En su mayoría de las pacientes estudiadas predominaron las amas de casa y que no contaban con empleo.

Por lo tanto podemos concluir que si existe un grado de disfuncionalidad familiar en las mujeres que tienen obesidad y se pudiera sugerir un estudio comparativo entre aquellas que no tienen obesidad.

SUGERENCIAS

Con base a los resultados es conveniente que nosotros como médicos familiares realicemos el estudio de salud familiar a nuestros pacientes para así poder detectar a tiempo la presencia de disfunción familiar en nuestra población y dar asesoría de forma anticipatoria.

Dar manejo integral a las familias disfuncionales con coordinación con trabajo social, nutrición, psicología, y de requerirse enviar a las familias a la especialidad de psiquiatría a segundo nivel de atención.

Debemos incrementar la difusión sobre la importancia de la presencia de sobrepeso y obesidad en nuestra población desde su infancia, su identificación oportuna y sus consecuencias, para alertar a las familias y orientarlos para mejorar la identificación del problema, ofreciendo un apoyo efectivo en los diferentes niveles y sectores de atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diagnostico, tratamiento y prevención de sobrepeso y obesidad en el adulto. Guía de Práctica Clínica. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-46-08
2. Harrison T.R. Principios de Medicina Interna.1998 14ª. Edición. Vol. 1 Cap.75. pag. 517.
3. Sánchez CP, Pichardo OE, Epidemiologia de la obesidad, Gac. Med. México 2004; 52- 140.
4. Irigoyen Camacho ME, Velázquez Alva M, Piotrobelli A. Evaluación de sobrepeso y obesidad en pediatría: Indicadores antropométricos y composición corporal. Nutrición Clínica 2007, 10 (supp):s59-s72.
5. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individual Family, school, and community-based interventions for pediatric overweight. J Am Diet Assoc 2006; 106: 925-45.
6. National Institute of Mental Health. Eating disorders: Facts about eating disorders and the search for solutions. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>.
7. Marquez Aguirre MP, Magaña Ortega P. Aguilar Zinser JV. El primer año de la vida: ruta hacia la prevención de la obesidad. Nutrición clínica. 2007; 10 (sppl) S30-S41.
8. Mendoza Solís LA, Soler Huerta E. Sainz Vásquez L. Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006.8 (1) 27-32.

9. Anzures Caro R. Chávez Aguilar V. García Peña M del C, Pons Álvarez O N. Texto de Medicina Familiar. Primera Edición 2008. Capítulo 16, pag 411-35.
10. Martínez Pampliega A, Iraurgi L, Galínez E, Sainz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 items en español. Int J Clin Health psychol, 2006.6 (2); 317-388.
11. Gomez DH, Vazquez MJL. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004; 42 (3)
12. Guillermo F. Obesidad: Principal problema de salud del nuevo siglo. Revista Endocrinol.y Nutric.9 2001; 9 (2): 48.
13. Chiprut R. Castellanos UA, Sánchez HC. La obesidad en el siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gaceta Médica Mex. 2001; 137 (4) 323-334.
14. Olaiz Fernandez G. J. Rivera Dommarco. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública 2006.
15. Luna Montañó I. Psicopatología de la Obesidad. Imbiomed. Rev Avances 2007 8 (1);58-84.
16. Chavarría MR, Camacho CN. Obesidad, autoestima y funcionalidad familiar en adolescentes. Memorias y mejores trabajos. Querétaro 2006 ISBN 968-5402-15-7.
17. Villaroel Zenteno CR. Repercusión de la depresión en la funcionalidad familiar de pacientes con sobrepeso y obesidad caja nacional de salud Cochabamba 2007. Revista Médica Sociedad Cochabambina Med. Fam. Marzo 2010. Pag. 21-32.

18. Monografias.com. Relación entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. Pag. 1-6.
19. Valdecantos MP, Pérez MP. Obesidad y estrés oxidante: papel de la suplementación con antioxidantes de la dieta. Revista de investigación clínica. Vol. 61, Num.2. Abril 2009. Pag. 127-139.
20. Dias-Encinas DR, Enríquez Sandoval DR. Obesidad infantil, ansiedad y familia. Bol Clin Hosp. Infantil Edo Sonora 2007; 24 (1): 22-26.
21. Navarro Rodriguez MC, Saavedra SP. Estilo de vida, nivel socioeconómico y morbilidad en mujeres posmenopáusicas con obesidad grados II y III. Endocrinología y nutrición. 2009; 56 (5): 227-32.
22. Macarena L. ¿Que tipo de intervención tiene mejores resultados en la disminución de peso en adultos con sobrepeso u obesidad? Revisión sistemática y metaanálisis. Archivos latinoamericanos de Nutrición. 2011. Vol. 6. Num.1 pag. 45-53.
23. Apostolis M. Associations between diet quality, health status an diabetic complications in patients with type 2 diabetes an comorbid obesity. Endocrinología y nutrición 2012; 59 (2): 109-116.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA-1998. Para el manejo integral de la obesidad.
25. Laguna CA. Sobrepeso y obesidad: Algoritmo de manejo nutricio. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 14 No.2. Abril-Junio 2005. P. 94-105.
26. Ros PM. Medina-Gómez G. Obesidad, adipogénesis y resistencia a la insulina. Endocrinología y Nutrición 2011; 58 (7): 360-369.

ANEXOS

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES MUJERES OBESAS DE 20 A 49 AÑOS DEL HGSZ 4 NAVOLATO, SINALOA.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE HIJOS: _____ EDADES DE HIJOS _____

PESO: _____ kg. TALLA: _____ mts.

INGRESOS _____

IMC: _____

- 1) Obesidad 1
- 2) Obesidad 2
- 3) Sobrepeso

INGRESOS: _____

- 1) Pobreza Familiar 1
- 2) Pobreza Familiar 2
- 3) Pobreza Familiar 3
- 4) No Pobres

Calificación FACES para Disfunción Familiar: _____

* CLASIFICACIÓN DE FAMILIA EN BASE AL PARENTESCO

- 1) Nuclear
- 2) Nuclear Simple
- 3) Nuclear Numerosa
- 4) Reconstruída
- 5) Monoparental
- 6) Monoparental Extensa
- 7) Extensa Compuesta
- 8) Extensa
- 9) No Parental

CUESTIONARIO FACES III

FOLIO: _____

RESPONDER:

1.- Nunca 2.- Casi nunca 3.- Algunas veces 4.- Casi siempre 5.- Siempre

- _____ 1.- Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- _____ 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
- _____ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ 11.- Nos sentimos muy unidos
- _____ 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13.- Cuanto se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- _____ 14.- En nuestra familia las reglas cambian
- _____ 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- _____ 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- _____ 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- _____ 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- _____ 19.- La unión familiar es muy importante
- _____ 20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

C O H E S I Ó N

A D		DISGREGADA 10 A 34	SEMIRRELACIONADA 34 A 40	RELACIONADA 41 A 45	AGLUTINADA 46 A 50
A P	CAOTICA 29 A 50	CAOTICAMENTE DISGREGADA	CAOTICAMENTE SEMIRRELACIONADA	CAOTICAMENTE RELACIONADA	CAOTICAMENTE AGLUTINADA
T A B	FLEXIBLE 25 A 28	FLEXIBLEMENTE DISGREGADA	FLEXIBLEMENTE SEMIRRELACIONADA	FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	FLEXIBLE MENTE AGLUTINADA
I L I	ESTRUCTURA DA 20 A 24	ESTRUCTURAL MENTE DISGREGADA	ESTRUCTURAL MENTE SEMIRRELACIONADA	ESTRUCTURAL MENTE RELACIONADA	ESTRUCTURAL MENTE AGLUTINADA
D A D	RIGIDA 10 A 19	RIGIDAMENTE DISGREGADA	RIGIDAMENTE SEMIRRELACIONADA	RIGIDAMENTE RELACIONADA	RIGIDAMENTE AGLUTINADA

INTERPRETACION:

Espacios gris oscuro: disfunción grave

Espacios gris claro: disfunción moderada

Espacios blancos: familias funcionales.

Niveles de cohesión:

- _ No relacionada o dispersa, 10 a 30
- _ Semirrelacionada o separada, 31 a 35
- _ Relacionada o conectada, 36 a 40
- _ Aglutinada, 41 a 50

No relacionada o dispersa: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

Semirrelacionada o separada: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Niveles de adaptabilidad:

- _ Rígida, 10 a 24
- _ Estructurada, 25 a 28
- _ Flexible, 29 a 32
- _ Caótica, 33 a 50

Rígida: el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Estructurada: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

La combinación de los niveles de cohesión con los de adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo con su función familiar en 16 tipos:22,24 rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente separada,

estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinada, flexiblemente dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separada, caóticamente conectada y caóticamente aglutinada.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON OBESIDAD DEL HGSZ No.4
NAVOLATO, SINALOA**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

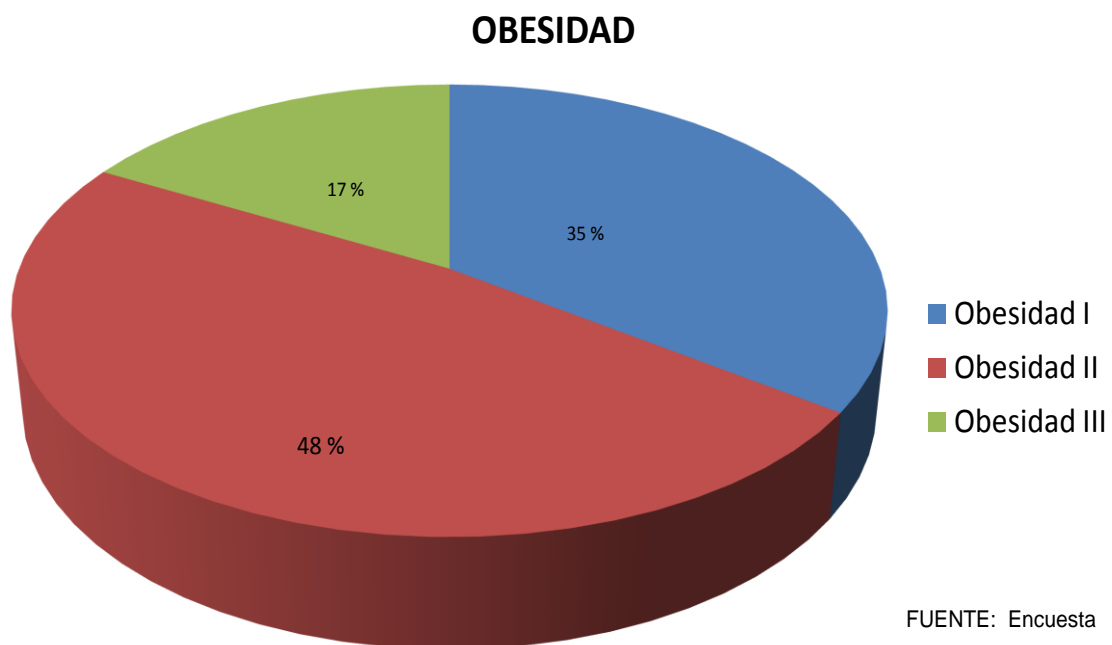
ACTIVIDAD	MAR- SEP 10	OCT 10 FEB 11	MAR- SEP 11	OCT 11 FEB 12	MARZO 12	ABRIL 12	MAYO 12	JUN 12	JUL 12	AGOS 12	SEP 12	OCT 12
Selección del tema	X											
Planteamiento del problema		X										
Búsqueda de literatura			X									
Marco teórico				X	X							
Justificación				X	X							
Objetivos					X	X						
Diseño estadístico Material y métodos						X						
Evaluación de protocolo por comité de investigación local						X	X	X				
Recolección de datos								X	X	X		
Análisis de resultados										X	X	
Protocolo terminado												X

TABLA 1. EDAD Y SOMATOMETRIA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DS
EDAD	20	40	33	8.9
PESO	72	138	90	13.67
TALLA	1.52	1.85	1.60	0.03
IMC	30.1	49.2	36	3.49

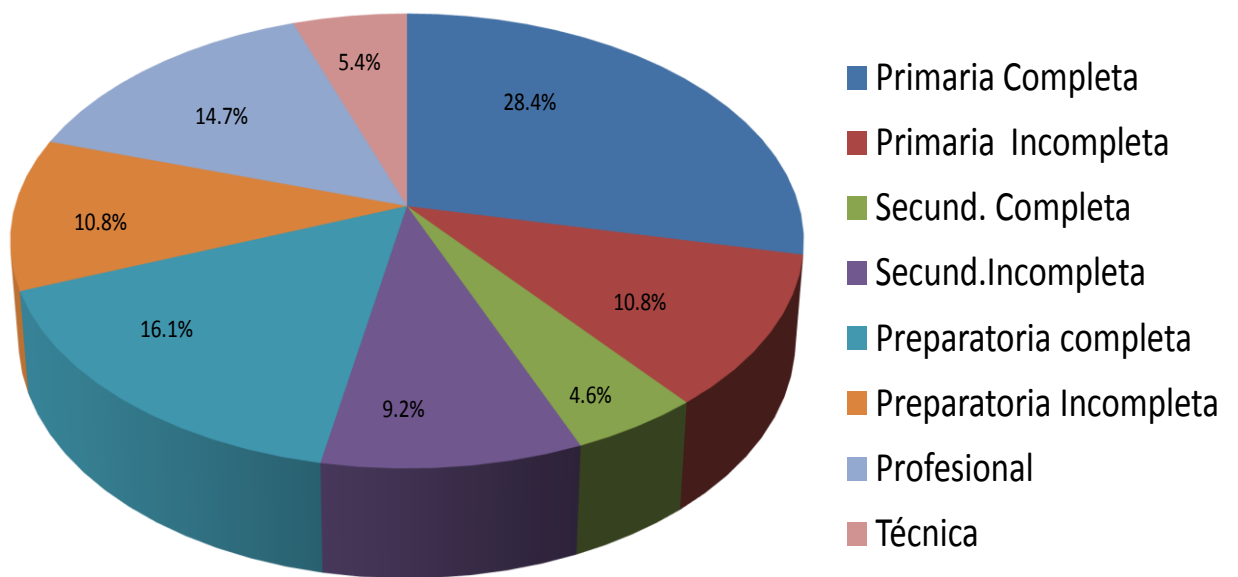
FUENTE: ENCUESTA

Grafica 1. Distribución de la población por grado de obesidad



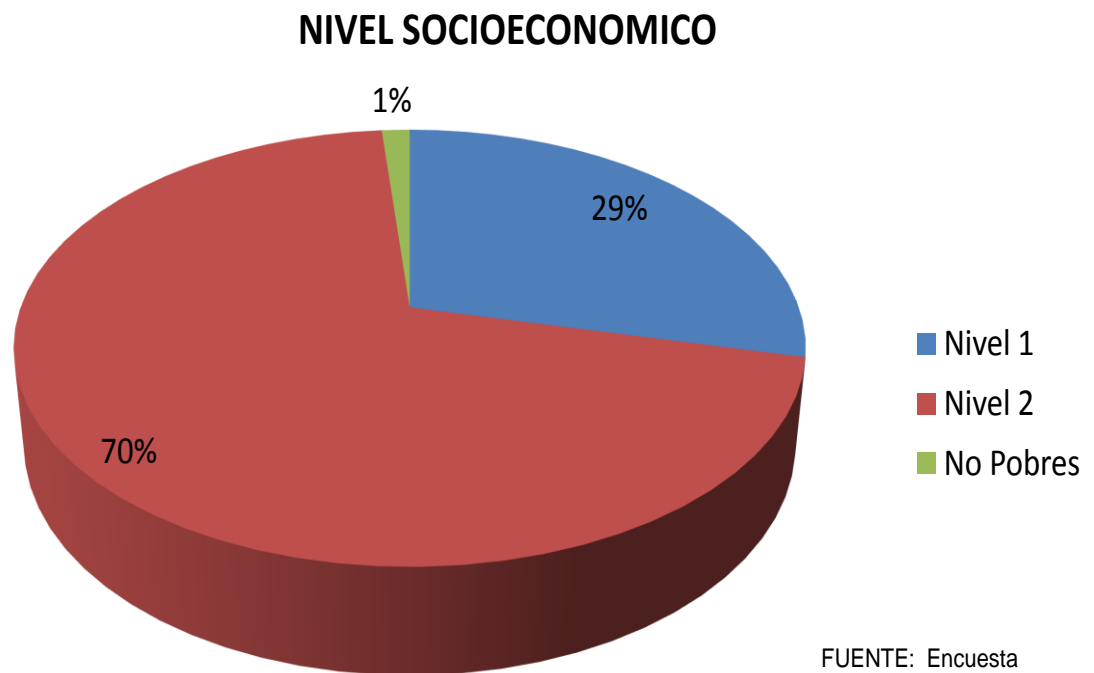
Gráfica 3. Nivel de Escolaridad de las personas en estudio

ESCOLARIDAD



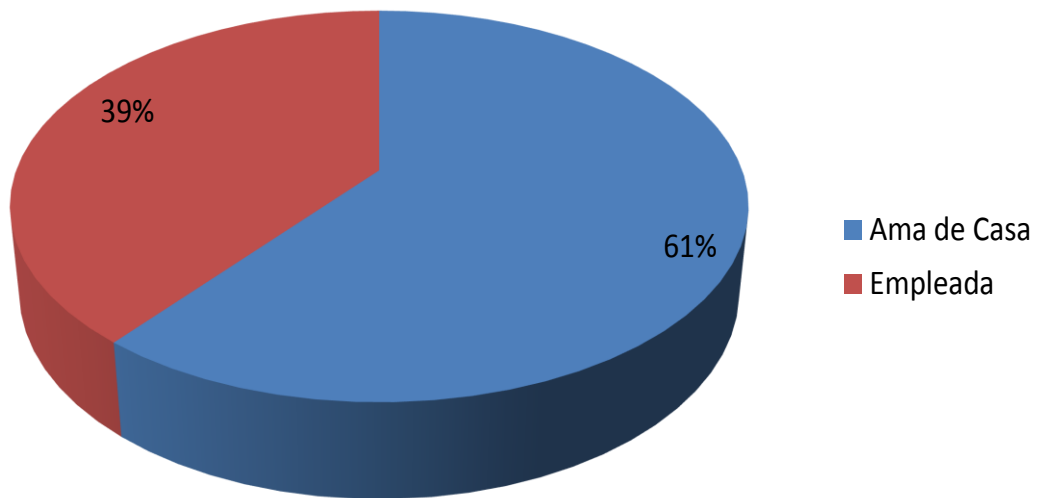
FUENTE: Encuesta

Gráfica 4. Nivel Socioeconómico de las personas en estudio



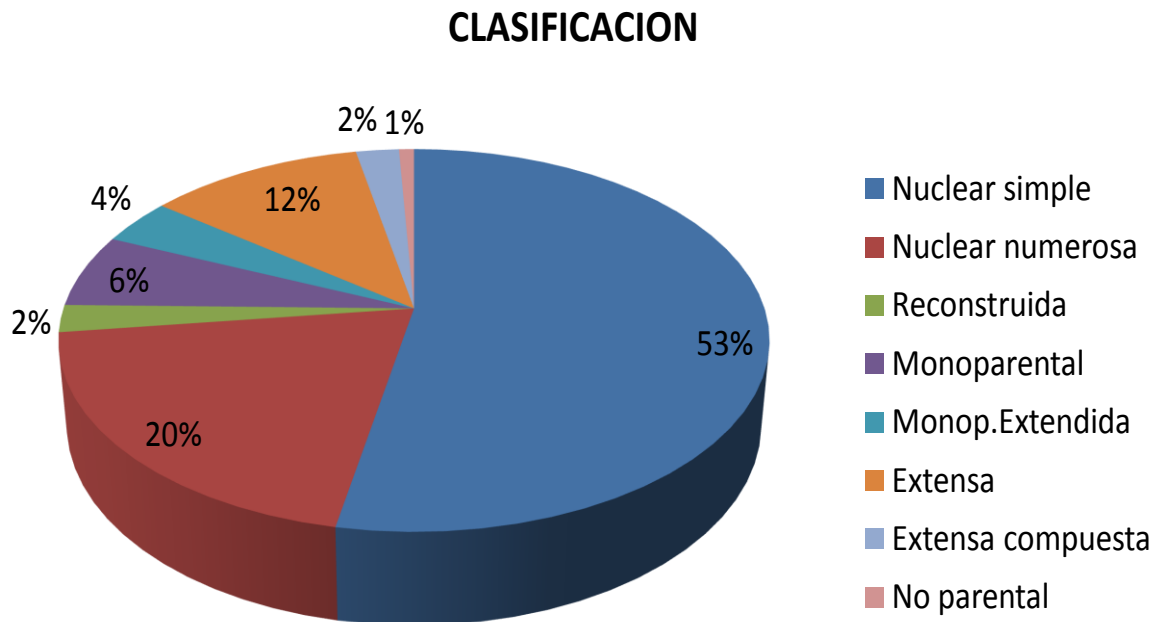
Gráfica 5. Ocupación de las personas en estudio

OCUPACION



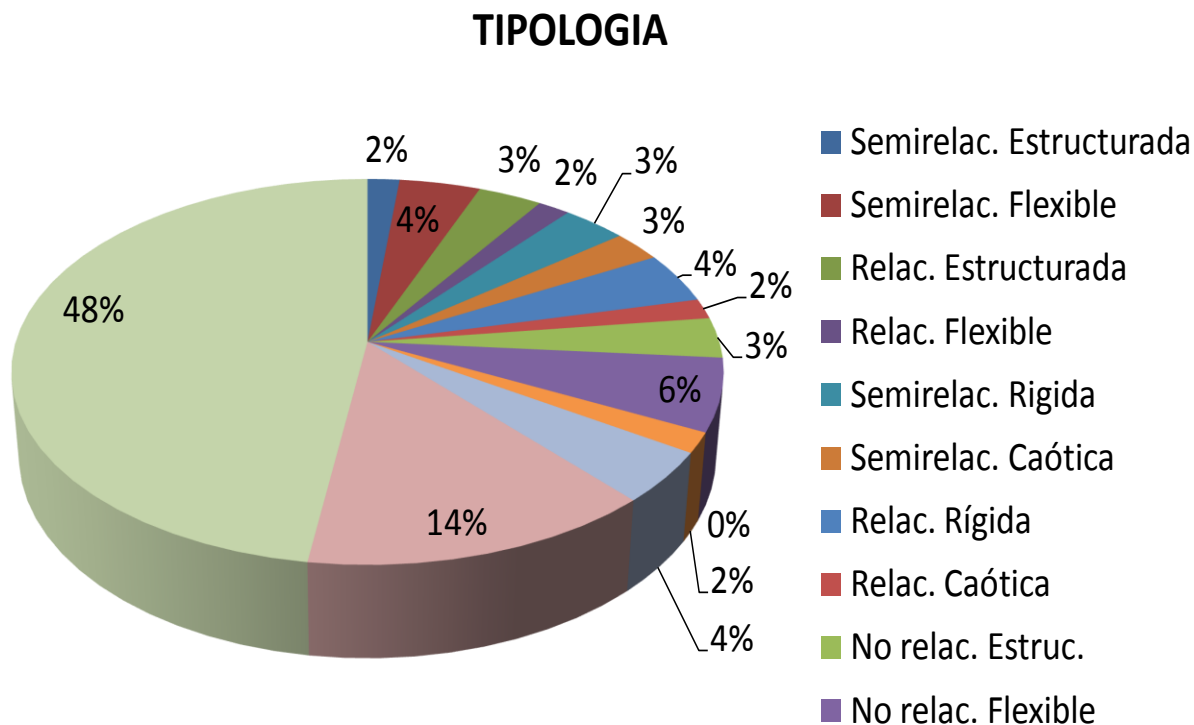
FUENTE: Encuestas

Gráfica 6. Tipología familiar en base a grado de parentesco según el Consenso de Medicina Familiar



FUENTE: Encuesta

Gráfica 7. Tipología Familiar en Base a Cohesión y adaptabilidad



FUENTE: Encuestas