

URUAPAN, MICHOACAN, 2022



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
URUAPAN, MICHOACAN



**“SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA
DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. PERLA RUBI GONZALEZ TOVAR

REGISTRO DE AUTORIZACION: F-2020-1602-035

URUAPAN, MICHOACÁN 2022



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**“SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA
DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. PERLA RUBI GONZALEZ TOVAR

AUTORIZACIONES



DRA. MARIA SELENE TORRES GONZALEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8



DRA. MARICELA VAZQUEZ HUERTA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.81



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

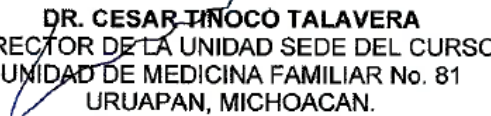
**“SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA
DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA:

DRA. PERLA RUBI GONZALEZ TOVAR

AUTORIZACIONES



DR. CESAR TINOCO TALAVERA
DIRECTOR DE LA UNIDAD SEDE DEL CURSO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81
URUAPAN, MICHOACAN.



DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.81.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**“SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA
DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. PERLA RUBI GONZALEZ TOVAR

AUTORIZACIONES

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION MICHOACAN.

DR. GERARDO MUÑOZ CORTES
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACAN.

DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACAN.

**“SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA
DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. PERLA RUBI GONZALEZ TOVAR

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a mis asesores de tesis por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas, por la dirección y el cauce que ha facilitado a las mismas.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos, por ello también quiero agradecer a todos los médicos que tuve la oportunidad de conocer en el hospital general de zona no.8, mi casa por estos últimos tres años, ya que me dieron las herramientas y conocimientos necesarios para llevar acabo un buen trabajo, por lo que me llevo lo mejor de todos y cada uno de ellos.

Quiero agradecer también a mi familia que me ha apoyado desde el inicio de esta gran travesía, en especial a mi madre y mis hijas por estar conmigo durante estos tres años luchando hombro a hombro conmigo dándome su fortaleza, apoyo y comprensión para salir adelante.

Finalmente, solo me queda decir gracias.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a mi madre quien me ha apoyado en este desafiante camino, cuando decidí ingresar a la carrera de medicina y que sin dudarlo ni un segundo se embarcó conmigo a esta aventura, definitivamente sin su respaldo nada hubiera podido ser posible llegar a ser médico general y posteriormente médico especialista en medicina familiar.

A todo el resto de mi familia, que de alguna manera estuvieron al pendiente de mí, con buenos deseos y bendiciones para que el objetivo se pudiera lograr.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no estuviera a la altura de sus expectativas, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A todos los que me apoyaron durante este trayecto, dándome palabras de aliento y buenos deseos, pero sobre todo a quienes conocí en la última etapa de este camino y que pasaron junto a mi estos maravillosos tres años.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo, por su apoyo incondicional.

INDICE

Resumen.....	pag. 1
Abstract.....	pag. 2
Abreviaturas.....	pag. 3
Glosario.....	pag. 4
Relación de tablas.....	pag. 6
Relación de graficas.....	pag. 7
Marco Teórico.....	pag. 8
Justificación.....	pag. 31
Planteamiento del problema.....	pag. 33
Objetivos.....	pag. 35
Hipótesis.....	pag. 36
Material y métodos.....	pag. 37
Criterios de selección y exclusión.....	pag. 39
Variables.....	pag. 40
Operacionalización de las variables.....	pag. 41
Análisis estadístico.....	pag. 46
Aspectos éticos.....	pag. 47
Cronograma de actividades.....	pag. 50
Resultados.....	pag. 52
Discusión.....	pag. 61

Conclusiones.....	pag. 64
Recomendaciones.....	pag. 65
Bibliografía.....	pag. 66
Anexos.....	pag. 70

RESUMEN

“SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28”

Antecedentes: El sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades, son un problema creciente de salud pública en los últimos años, teniendo múltiples repercusiones incluyendo la dinámica familiar, esta se puede ver alterada por las comorbilidades asociadas a sobrepeso y obesidad, por lo que es importante implementar estrategias, para la prevención del sobrepeso y obesidad, mejorando de esta manera la calidad de vida del paciente y su dinámica familiar.

Objetivo: Determinar el sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades relacionadas a la dinámica familiar en pacientes de la UMF No. 28.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal; se estudió pacientes mayores de 18 años, adscritos a la UMF 28 que aceptaron y firmaron el consentimiento informado, determinando el IMC e implementando encuestas APGAR y FACES III para determinar la dinámica familiar, los datos se analizaron con SPSS 23, estadística básica y chi cuadrada.

Resultados: Estudiamos 399 pacientes 55.40% mujeres y 44.0% hombres, con edad promedio 58.22 años, con un IMC de 29.07 kg/m², con patologías más frecuentes de Hipertensión arterial 44.40% y Diabetes mellitus 35.60%. Al medir y categorizar la función familiar con APGAR encontramos mayor frecuencia de disfunción leve, predominando el sobrepeso y la obesidad grado I. Con FACES III, mayor frecuencia de adaptabilidad caótica en 50.90% y mayor frecuencia de sobrepeso en la cohesión no relacionada y Semi relacionada con una adaptabilidad caótica.

Conclusiones: Encontramos relación entre sobrepeso, obesidad grado I y disfunción familiar. Mayor prevalencia en disfunción familiar leve con comorbilidades más frecuentes Hipertensión arterial y Diabetes mellitus.

Palabras clave: Sobrepeso, obesidad, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

“OVERWEIGHT, OBESITY AND THEIR COMORBIDITIES RELATED TO FAMILY DYNAMICS IN PATIENTS AT THE U.M.F. #28”

Background: Overweight, obesity and their comorbidities are a growing public health problem in recent years, having multiple repercussions including family dynamics, which can be altered by the comorbidities associated with overweight and obesity, so it is important implement strategies for the prevention of overweight and obesity, thus improving the quality of life of the patient and their family dynamics.

Objective: To determine overweight, obesity and their comorbidities related to family dynamics in patients of UMF No. 28.

Material and methods: Observational, descriptive, prospective and cross-sectional study; patients older than 18 years, assigned to the UMF 28 who accepted and signed the informed consent, were studied, determining the BMI and implementing APGAR and FACES III surveys to determine family dynamics, the data was analyzed with SPSS 23, basic statistics and chi square.

Results: We studied 399 patients, 55.40% women and 44.0% men, with an average age of 58.22 years, with a BMI of 29.07 kg/m², with the most frequent pathologies of arterial hypertension 44.40% and diabetes mellitus 35.60%. When measuring and categorizing family function with APGAR, we found a higher frequency of mild dysfunction, predominantly overweight and obesity grade I. With FACES III, a higher frequency of chaotic adaptability in 50.90% and a higher frequency of overweight in unrelated and semi-related cohesion with chaotic adaptability.

Conclusions: We found a relationship between overweight, grade I obesity and family dysfunction. Higher prevalence in mild family dysfunction with more frequent comorbidities arterial hypertension and diabetes mellitus.

Keywords: Overweight, obesity, family functionality.

ABREVIATURAS

APS. Atención primaria de salud.

DM2. Diabetes mellitus tipo 2.

FDA. Administración de Alimentos y Medicamentos.

HDL. Lipoproteínas de alta densidad.

IMC. Índice de masa corporal.

NOM. Norma Oficial Mexicana.

TSH. Hormona estimulante de la tiroides.

GLOSARIO

Sobrepeso. Acumulación excesiva de grasa perjudicial para la salud, con un índice de masa corporal de 25 a 29.9.

Obesidad. Acumulación excesiva de grasa perjudicial para la salud, con un índice de masa corporal mayor de 30.

Diabetes Mellitus Tipo 2. Grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglicemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto de acción de la misma o a ambas.

Hipertensión Arterial Sistémica. Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg.

Apnea obstructiva del sueño. Episodios de cierre parcial o total de las vías aéreas superiores que se producen durante el sueño, dan lugar a la interrupción de la respiración, por un periodo mayor de 10 segundos.

Dislipidemia. La dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o ambos.

Hipotiroidismo. Enfermedad endocrina, causada por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas, por disminución en la síntesis y secreción de las hormonas tiroideas, así como por resistencia periférica a las hormonas tiroideas.

Familia. Es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y que se encuentra integrada por un número variable de individuos unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción.

Dinámica familiar. El manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada.

Homeostasis familiar. Es el equilibrio interno que conserva unida una familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella.

Disfunción familiar. Es toda familia que no es capaz de proveer lo necesario para que los hijos crezcan sanos (tanto física como emocionalmente) y felices.

RELACION DE TABLAS

Tabla no.1. Operacionalización de las variables.....	pag. 41
Tabla no.2. Cronograma de actividades.....	pag. 50
Tabla no 3. Características sociodemográficas.....	pag. 52
Tabla no 4. Patologías más frecuentes.....	pag. 54

RELACION DE GRAFICAS

Grafica no.1. Frecuencia de función familiar por el APGAR en los pacientes de la UMF 28.....	pag. 55
Grafica no.2. Función familiar por el APGAR con la categoría de IMC.....	pag. 56
Grafica no.3. Frecuencia de adaptabilidad por FACES III en los pacientes de la UMF 28.....	pag. 57
Grafica no.4. Frecuencia de la cohesión por el cuestionario FACES III.....	pag. 58
Grafica no.5. Frecuencia de sobrepeso en relación a la cohesión.....	pag. 59
Grafica no.6. Frecuencia de adaptabilidad en relación al sobrepeso.....	pag. 60

MARCO TEORICO

Obesidad

De acuerdo con la OMS, desde el año 1980 la obesidad se ha duplicado a nivel mundial; en 2014 había 1900 millones de personas con sobrepeso y de estos 600 millones eran obesos. En el 2013, 45 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. Y para el 2015 habría 700 millones de adultos con obesidad.

La obesidad es el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

El exceso de grasa corporal es considerado, un reto para la salud pública, aumentando el riesgo de muerte prematura y discapacidad. (1)

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, el 39% tenían sobrepeso y el 13% eran obesos.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (2)

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, la obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos. (3)

La fisiopatología de tal enfermedad se debe a múltiples factores entre los que destacan:

Factores biológicos; Genes, proteínas reguladoras, fármacos, proceso de envejecimiento, enfermedades endocrinas, eje hipotálamo-hipofisario.

Factores sociales: acceso a alimentos, bienestar económico, valores sociales, desarrollo poblacional, transporte y tabaquismo.

Factores psicológicos: Cultura, educación, responsabilidad, satisfacción laboral, estructura del YO y entorno familiar.

La genética parece establecer el escenario de la obesidad, sin embargo, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son determinantes.

Se ha identificado que en los seres humanos la obesidad se caracteriza por mutaciones en la leptina y su receptor.

Existen aproximadamente 15 genes que se asocian de manera significativa con el porcentaje de grasa corporal y 5 genes relacionados con la cantidad de grasa visceral abdominal.

Se han identificado más de 250 genes, marcadores y regiones cromosómicas relacionadas con la obesidad.

Factores fisiológicos: que intervienen en la acumulación de grasa corporal se debe al aumento en la relación aporte/gasto energético durante un largo periodo.

Los principales inhibidores del apetito a nivel gastrointestinal son el péptido glucagonoide-1, el segmento de aminoácidos 6-29 del glucagón, la colescistoquinina, la enterostatina, el polipéptido Y 3-36 y la GHrelina.

Cuando la glucemia se reduce en un 10% se produce aumento del apetito. La distensión abdominal y las contracciones gástricas producen señales de saciedad y disminución del apetito. La leptina es una proteína fundamental para el equilibrio energético, esta es secretada por los adipocitos en respuesta a la activación de receptores de insulina, así como de hormonas adipogénicas, de los receptores adrenérgicos y al detectarse una repleción de grasa. Al liberarse estimula a su receptor localizado en el núcleo paraventricular del hipotálamo, el cual induce liberación del neuropeptido, cuyas funciones son la supresión del apetito y la estimulación de la función tiroidea, del sistema nervioso simpático y la termogénesis.

Factores ambientales: son el estilo de vida sedentario, los horarios de alimentación los cuales predominan por la noche y la falta de ejercicio, aumentan la probabilidad de desarrollar tal padecimiento.

Factores psicosociales: intervienen el síndrome de comer nocturno, el consumo del 25% del total de energía por la noche. (4)

La organización mundial de la salud, en el reporte realizado en Ginebra en 2000, establece la clasificación para obesidad tomando en cuenta los parámetros de IMC y circunferencia abdominal. La estatifica a su vez con el riesgo de padecer enfermedad. (5)

Clasificación de la obesidad

Obesidad endógena: Es la menos frecuente, entre un 5 y 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad se debe a problemas provocados por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), diabetes mellitus, el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros, este tipo de obesidad es causada por problemas internos, debido a ellos las personas no pueden perder peso, aun llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física.

Obesidad exógena: Es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o determinados hábitos sedentarios, es decir, la obesidad exógena es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo, sino que es provocada por los hábitos de cada persona. Este constituye aproximadamente entre el 90 y 95% de todos los casos de obesidad, lo que implica que la mayoría de las personas que la padecen es por inadecuado régimen de alimentación y estilo de vida. (6)

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es el indicador internacional para evaluar estado nutricional en adultos. La evidencia muestra que un IMC alto está asociado con diabetes mellitus tipo 2, alto riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. (7)

IMC = Peso (kg)/Estatura (m²)

Clasificación de la OMS

IMC <18.5 = Bajo peso

IMC 18.5 – 24.9= Peso normal

IMC 25.0 – 29.9 =Sobrepeso

IMC≥30.0 =Obesidad

IMC ≥30.0 – 34.9 = Obesidad (grado 1)

IMC≥35.0 – 39.9 = Obesidad (grado 2)

IMC≥40.0=Obesidad (grado 3)

Diagnostico

Se debe realizar una evaluación médica integral, su principal objetivo es identificar a los individuos con obesidad, así como los que están en riesgo de padecerla y actuar a tiempo para beneficiarlo con la pérdida de peso, evitando comorbilidades.

La historia clínica es fundamental para investigar los hábitos de vida, alimentación y actividad física, se debe evaluar el riesgo actual y futuro de otras patologías, e investigar cambios en el comportamiento del paciente y su familia.

Es prioritario en el interrogatorio del paciente, el inicio de la obesidad, periodo de máximo incremento de peso y factores precipitantes, se deben excluir las causas secundarias e investigar las enfermedades y condiciones asociadas.

Debe documentarse en el expediente la información de estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, signos vitales, hábitos de actividad física y alimentaria, historia familiar de obesidad, antecedente de tabaquismo, o alcoholismo, empleo de medicina alternativa, investigar síntomas de apnea del sueño, enfermedad cardiovascular y articular.

La medición de circunferencia abdominal se debe realizar para evaluar el riesgo de comorbilidad asociado a obesidad.

La valoración clínica del estado nutricional requiere exploración física completa con el objetivo de evaluar el estado general y el tipo de distribución de la grasa corporal, y obtener las medidas antropométricas básicas (peso, talla, perímetro braquial del brazo izquierdo o dominante, pliegues cutáneos tricipital y subescapular izquierdos o del lado no dominante y circunferencias de cintura y cadera).

Los estudios bioquímicos que se deben solicitar incluyen biometría hemática completa, perfil de lípidos, pruebas de función hepática, glucosa sérica en ayuno, creatinina sérica, electrolitos séricos (potasio, calcio y magnesio) y examen general de orina. (8)

Tratamiento

Debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos nutriólogos, nutricionistas, fisiatras, psicólogos y cirujanos.

Se deben contemplar los siguientes aspectos:

Dietoterapia

La dietoterapia es componente esencial de las intervenciones para reducción de peso, incluso con la implementación de fármacos o cirugía. Las comorbilidades y los requerimientos nutricionales son fundamentales para la realización de la prescripción dietética. Lo recomendado es aportar diariamente 500 calorías menos que el gasto calórico total estimado para mantener el peso ideal.

De esta manera se puede inducir una reducción de peso de aproximadamente 0.5 a 1.0 kg por semana. La adherencia a la dieta se relaciona de manera directa con la reducción de peso.

Actividad física

Diversos estudios evidencian una relación inversa entre peso corporal y la actividad física. El ejercicio es un activador de lipólisis, lo que libera ácidos grasos desde los triglicéridos almacenados como grasa para ser utilizados como fuente de energía.

El ejercicio induce una reducción de 2 a 3% de IMC, siendo este más efectivo al asociarlo a tratamiento dietario. Los ejercicios recomendados para reducción de peso, son los que incrementan la frecuencia cardiaca y el gasto energético.

Modificación conductual

Las técnicas de conducta utilizadas son auto monitoreo de la ingesta y actividad física, manejo del stress o condiciones psicológicas que motivan a la ingesta, resolución de problemas relacionados con el peso e implementación de alternativas saludables. (9)

La meta consiste en lograr en un periodo de 6 meses un descenso de 10% del peso corporal basal.

Una pérdida de peso de 5-10% reduce el perfil cardiovascular de los pacientes, este porcentaje disminuye la presión arterial, el colesterol total, hemoglobina glucosilada, la glucemia, los triglicéridos y el ácido úrico.

Se considera fracaso terapéutico un descenso de peso menor de 0.45 Kg por mes.

En pacientes que no responden satisfactoriamente al “cambio de estilo de vida” se debe considerar el uso de fármacos anti obesidad. (10)

Tratamiento farmacológico

De acuerdo a la evidencia de la Guía de Práctica Clínica para la obesidad, las características que debe cumplir un paciente para el inicio de tratamiento farmacológico son:

Cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento dieto- terapéutico, actividad física y ejercicio en un periodo de 3 meses, en los pacientes con $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$, con o sin comorbilidades, en pacientes con $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ con una o más comorbilidades.

Los pacientes que responden favorablemente al tratamiento deben perder 2 kg en las primeras 4 semanas.

El éxito del tratamiento se considera una pérdida de peso corporal de 10% en 6 meses.

Existen diferentes tipos de medicamentos para apoyo en el tratamiento del paciente obeso.

Orlistat

El mecanismo de acción es inhibir la lipasa gástrica pancreática, con lo que bloquea la absorción de la grasa proveniente de la dieta. Los efectos adversos son: Gastrointestinales, heces con grasa, urgencia fecal y dolor abdominal.

La dosis 120mg cada 8hrs. Los efectos de interacciones con otros fármacos son: la ciclosporina y warfarina, reducen la absorción de vitaminas liposolubles.

El tratamiento con Orlistad debe complementarse con un complejo de vitaminas liposolubles (A, D, E y K).

Metformina

Es una Biguanida, que ha demostrado tener efectos, modestos y favorables, en reducción de IMC, la composición corporal y la homeostasis de la glucosa.

Reduce la incidencia de DM 2, mejorando la hiperglucemia y la hiperinsulinemia.

En síndrome de ovario poliquístico, reduce el hiperandrogenismo y el colesterol total, mejorando la sintomatología.

La dosis de 500mg a 850mg como apoyo en pacientes con obesidad requiere supervisión por medico endocrinológico o internista.

Efectos secundarios: diarrea, nausea y vomito. (11)

Fentermina

Medicamento aprobado por el FDA en 1959 como tratamiento a corto plazo el cual se utiliza por tres meses o menos. En países europeos no es aceptado por el riesgo de adicción y efectos secundarios. (12)

Los efectos asociados a este medicamento son los problemas cardiopulmonares.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es un método de apoyo en el tratamiento en pacientes con obesidad mórbida, si respuesta adecuada a medidas convencionales. Las operaciones laparoscópicas que se realizan para el control de la obesidad son:

- 1.- Bandajegástrico
- 2.- Derivación gástrica
- 3.- Gastroplastia vertical.

Las indicaciones para realizar una derivación gástrica son:

- Índice de masa corporal mayor de 40.
- Índice de masa corporal entre 35 y 40 con morbilidad asociada: Hipertensión arterial, enfermedad degenerativa de las articulaciones o artritis, apnea del sueño.

Contraindicaciones:

- Índice de masa corporal menor de 35.
- Contraindicación de anestesia general.
- Embarazo
- Severos desordenes psiquiátricos
- Adicción al alcohol y al tabaco
- Esofagitis sin tratamiento

Se debe incluir manejo conjunto con fisioterapeuta, psiquiatra, dentista, cardiólogo, endocrinólogo, enfermería y nutriólogo, para formar un equipo multidisciplinario. (13).

Los pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica, son un gran éxito, debido a que los pacientes con comorbilidades como diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensión arterial y apnea del sueño, presentan una resolución completa. (14)

Plato del bien comer

Es un esquema diseñado por expertos en nutrición para orientar a la población mexicana de acuerdo a Norma Oficial Mexicana para la Orientación Alimentaria de la Población (NOM-043-SSA2-2005), su objetivo es ayudar a la población para alcanzar una dieta correcta, destaca los tres grupos de alimentos.

1.- Cereales y tubérculos: Se incluyen cereales como el maíz, el trigo, el arroz, la avena, el amaranto, el centeno y otros. Las raíces feculentas como: papa, la yuca y el camote. Aportan energía de la dieta y vitaminas.

El consumo de cereales, son una muy buena fuente de fibra dietética, que contribuye a normalizar la motilidad intestinal al aumentar el bolo fecal.

2.- Verduras y frutas: Proporciona gran cantidad de vitaminas; Vitamina C, ácido fólico, carotenos, la K, complejo B, potasio y hierro.

3.- Leguminosas y alimentos de origen animal: Aportan proteínas indispensables para el crecimiento, así como minerales: hierro, calcio y zinc. Leguminosas: frijoles, garbanzos, lentejas, habas, soya y chícharos secos. Alimentos de origen animal; leche y sus derivados, el huevo y las carnes (pescado, pollo, res, cerdo, y las vísceras, como el hígado). (15)

Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglicemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto de acción de la misma o a ambas. La hiperglicemia sostenida en el tiempo se asocia con disfunción y daño a órganos y sistemas. (16)

La diabetes tipo 2 se caracteriza por aumento de la glucosa en sangre y alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas que están relacionadas con deficiencias absolutas o relativas de la acción o secreción de la insulina, la cual se encuentra en sangre con niveles bajos, altos o normales. Los pacientes con diabetes tipo 2 e intolerancia

a la glucosa, presentan dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, resistencia a la insulina. Complicaciones de diabetes mellitus son síndrome metabólico, se caracteriza por la presencia de obesidad o sobrepeso, dislipidemia, hiperglucemia e hipertensión arterial. (17)

Hipertensión Arterial Sistémica

Es un problema de salud pública en México. La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg.

La relación de la Hipertensión arterial sistémica, con factores ambientales, sociales, y mecanismos endocrinos, genéticos y metabólicos. Son distribución de la grasa corporal, resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, activación simpática, efectos renales debido al aumento de las concentraciones de aldosterona por mayor actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), retención de sodio, expansión volumétrica con aumento de resistencia vascular periférica debido a alteraciones en la vasodilatación, concentraciones de leptina y adiponectina, factores hemodinámicos y predisposición genética. La resistencia a la insulina sérica en pacientes obesos, hipertensos se asocia a cambios en el metabolismo de las grasas e incrementa el riesgo cardiovascular. (18)

Apnea obstructiva del sueño

La apnea obstructiva del sueño, consiste en episodios de cierre parcial o total de las vías aéreas superiores que se producen durante el sueño, dan lugar a la interrupción de la respiración, por un periodo mayor de 10 segundos. La apnea obstructiva del sueño tiene una prevalencia 2 al 9% en adultos. Es 4 veces más frecuente en varones, 7 veces más común entre las personas obesas, índice de masa corporal >30 , la apnea del sueño obstructiva grave aumenta el riesgo de muerte en varones de mediana edad. Las complicaciones cardiovasculares a largo plazo de la apnea del sueño obstructiva no tratada incluyen la

hipertensión arterial mal controlada, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y otras arritmias. (19)

Dislipidemia

La dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o ambos, o una disminución del nivel de colesterol asociado a HDL contribuye a aterosclerosis. (20)

La dislipidemia es considerada como un factor de riesgo modificable de enfermedad coronaria y se define como la alteración de una o más lipoproteínas en sangre que conduce al aumento del colesterol total, triglicéridos, aumento de lipoproteínas de baja densidad y a la disminución de las lipoproteínas de alta densidad. (21)

Hipotiroidismo

Es la segunda enfermedad endocrina más frecuente, después de la diabetes mellitus, debido a que causa diversos cambios metabólicos, fisiológicos y bioquímicos, afecta diversos órganos y sistemas. El hipotiroidismo primario varía entre 01 a 2% es 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres, y aumenta a un 7-10% en mayores de 60 años.

El hipotiroidismo es una enfermedad endocrina, causada por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas, por disminución en la síntesis y secreción de las hormonas tiroideas, así como por resistencia periférica a las hormonas tiroideas, se divide en primario originado por falla en la glándula tiroides, representa el 99% de los casos y en menos del 1% de origen secundario o central por deficiencia en TSH, debido a alteraciones hipotalámicas o hipofisarias. (22)

El sobrepeso se considera como uno de los signos característicos del hipotiroidismo, que puede asociarse a actores de riesgo cardiovascular. (23)

Familia

La familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y que se encuentra integrada por un número variable de individuos unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción.

Dentro de las funciones básicas de una familia se encuentra la reproducción, comunicación, afectividad, educación, apoyo social, apoyo económico, adaptabilidad, generación de autonomía, adaptación y creación de normas. Los objetivos de la familia son la resolución de tareas o crisis que se van enfrentando en las distintas etapas del desarrollo y aportar complementos a las necesidades de los miembros con el objetivo de lograr una satisfacción en el presente, una preparación segura y adecuada para el futuro. (24)

Tipología familiar

Clasificación de familia, según el desarrollo:

Familia Moderna: Tiene elementos de desarrollo que, de una y otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Familia Tradicional: Representada por las familias de clase media y que son, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Familia Arcaica o Primitiva: También está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias

indígenas). Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Clasificación de familia debido a demografía:

Familia Rural: Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.)

Suburbana: Tiene las características del medio rural, pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Clasificación de familia debido a integración:

Integrada: Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semintegrada: ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Los conyugues se encuentran separados

Clasificación de familia por composición:

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)

Clasificación de familia por ocupación:

Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Clasificación familiar por complicaciones:

Interrumpida: Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

Contraída: Cuando fallece uno de los padres.

Reconstruida: Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

Clasificación familiar por su funcionalidad:

Familias Funcionales: Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.

Familia Disfuncional: Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas.

En 2005, el Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de salud, realizó una clasificación con base a cinco ejes fundamentales:

1. El parentesco
2. La presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo
3. Los medios de subsistencia
4. El nivel económico
5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

(25)

Dinámica familiar

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre los miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de las funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidas.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices, (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento.

Una familia funcional es capaz de cumplir tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es en la que los hijos no presentan trastornos graves de la conducta y la pareja no está en lucha constante, lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro, respecto a otro.

Homeostasis familiar, es el equilibrio interno que conserva unida una familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos; la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar, y el mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente.

Disfunción familiar

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, **Satir** emplea los siguientes criterios:

Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.

Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se tolera, sino que fortalecen el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales, importa más quien va a salirse con la suma, y consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse, por la lucha continua “nadie quiere perder”.

Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de sus miembros desarrolle síntomas.

Eventos críticos familiares

La familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida.

Una crisis familiar es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia.

Los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Se pueden dividir en 2 tipos:

- Crisis normativas (evolutivas o intersistemicas)
- Crisis paranormativas (no normativas o intersistemicas)

Crisis normativas; están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la vida familiar.

Se refiere a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia se llama intersistemicas. Los periodos de transición en las familias pueden ser fuentes de estrés intenso y dar lugar a la aparición de manifestaciones somáticas.

Las crisis evolutivas, que marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros, adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos intrafamiliares o extra familiares y va dando forma a la identidad de cada uno y del grupo.

Crisis normativas

1.-Etapa constitutiva: matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes; problemas de adaptación sexual; diferencias socio-culturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.

2.-Etapa procreativa: embarazo, diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos, etc.

3.-Etapa de dispersión: separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos, etc.

4.-Etapa familiar final: padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez, etc.

Crisis paranormativas; Incluyen eventos provenientes del exterior (intersistemicos), generalmente resultan impredecibles para la familia. Las crisis no normativas a que ocurren el interior de una familia, como divorcio, alcoholismo u actividades criminales, entre otras, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar.

Los eventos críticos pueden ser de dos tipos:

Instrumentales: Surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.

Afectivos: son aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Crisis paranormativas:

1.-Familiares: abandono o huida del hogar. Relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas., conflictos conyugales, separación y/o divorcio. Rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia externa. Expulsión de la escuela.

2.-Enfermedades o accidentes: abortos, esterilidad o infertilidad, complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Infecciones de transmisión sexual, traumáticos y lesiones, pérdida de funciones corporales, amputaciones, enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías, suicidio.

3.-Economicas: cambios bruscos en el nivel socioeconómico, problemas económicos graves, deudas, hipotecas, etc.

4.-Laborales: cambios de puesto u horario de trabajo, huelgas, pérdidas del empleo, desempleo prolongado.

5.-Legales: conductas delictivas, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad.

6.-Ambientales: emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismo, guerras).

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros.

Cada etapa del ciclo vital familiar conlleva una crisis, por lo que la familia requiere de periodos de adaptación e investigación como eventos críticos se presenten, los cuales tienen generalmente espacio y tiempos breves.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen en sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.
(26)

Escala para medir la funcionalidad familiar

APGAR

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos sus pacientes. (27)

Cuestionario FACES III de OLSON

La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner, y Lavee, fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Es la 3° versión de la serie de escalas FACES, una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las tres dimensiones del Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales: como son la cohesión y la flexibilidad familiar.

Esta escala se ha administrado a familias a lo largo del ciclo de vida, desde parejas recién conformadas y sin hijos, hasta parejas de jubilados. Los ítems de esta escala se construyeron para ser comprendidos por personas desde los 12 años.

Confiabilidad, adaptación y validez del FACES -20-ESP. La adaptación y validez del Faces-20-ESP en América latina se la realizó a través de varios estudios, en un estudio realizado en Chile, se obtuvo como resultados, que el instrumento demostró poseer buenas cualidades psicométricas al obtener en primer lugar un adecuado nivel de confiabilidad en ambas dimensiones teóricas - α 0,89 para cohesión, α 0.87 para adaptabilidad y α 0.93 para la prueba total-, lo que implica un grado de consistencia interna muy superior a los obtenidos en otras versiones del Faces empleadas en ese mismo país y varios países de América.

Este Modelo permite que una persona pueda clasificar a las familias en 16 tipos específicos o en tres grupos más generales, las cuales corresponden a familias balanceadas, familias de rango medio y familias extremas. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles

moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles.

La Cohesión Familiar es definida como los lazos emocionales que tienen entre sí los miembros de la familia. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: vínculo emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

Niveles de cohesión familiar

1. Desligada (muy baja)
2. Semirrelacionada/Separada (baja a moderada)
3. Relacionada/Conectada (moderada a alta)
4. Aglutinada/Enmarañada (muy alta)

La cohesión desligada, desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

En la cohesión semirrelacionada/separada si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

En la cohesión relacionada/conectada, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. En la cohesión aglutinada/ enmarañada o enredada, en este nivel prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

La Adaptabilidad Familiar se la define como la capacidad o habilidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

Niveles de adaptabilidad familiar

1. Rígida (muy baja)
2. Estructurada (baja a moderada)
3. Flexible (moderada a alta)
4. Caótica (muy alta)

La rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

La flexible, existe un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

El modelo circuplejo de Olson propone tres dimensiones para explicar la funcionalidad familiar: cohesión, flexibilidad y comunicación. La cohesión hace referencia al grado de unión afectiva entre miembros de una familia. La flexibilidad habla sobre el mundo de las normas y el liderazgo en el hogar. La comunicación opera como una dimensión facilitadora. Sin embargo, en la propuesta del FACES-III, solo se trabaja directamente con la cohesión y la flexibilidad, cada una medida en cuatro niveles. Los niveles extremos de cualquiera de ellas (el más bajo o el más alto) se consideran disfuncionales, y los niveles medios se los reconoce como funcionales.

Así, cada dimensión de la funcionalidad forma uno de los dos ejes de un sistema cartesiano que permite clasificar hasta en dieciséis tipos de familias. Estos tipos familiares se ubican dentro de "rangos" que les asignan algún nivel específico de funcionalidad familiar: balanceadas (o funcionales), rango medio y extremas (o disfuncionales). (28) (29)

Comunidad

Santa Clara de Valladares, se localiza en el Municipio de Tocumbo, su localización geográfica se encuentra en las siguientes coordenadas GPS: Longitud: 102,491389., Latitud: 19.635556. la localidad se encuentra a una altura de 1320 metros sobre el nivel del mar. Se localiza a 12 km de la cabecera municipal. Con una población total de 6,890 habitantes. Su principal fuente de empleo es la agricultura y la industria azucarera, siendo sus principales cultivos la caña de azúcar y el maíz.

Cuenta con la Unidad de Medicina Familiar No.28, cuenta con 1 consultorio de medicina familiar para el turno matutino y un consultorio de medicina familiar turno vespertino, así como un consultorio de atención de medicina continua con horario discontinuo, con una población adscrita total de 7,861. Población adscrita al turno matutino 3,787 derechohabientes, población adscrita al turno vespertino 4,074 derechohabientes. (30)

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al reporte estadístico registrado en la UMF 28 se ha observado un incremento significativo de la población con sobrepeso y obesidad en los últimos años, así como el aumento de la incidencia en la consulta de Medicina Familiar, por presentar diversas patologías en relación a sobrepeso y obesidad, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, hipotiroidismo y apnea del sueño, como también se ha visto una alteración en la dinámica familiar debido al sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades, el cambio en la función y dinámica familiar se ve alterado debido a la falta de apoyo por parte de los integrantes del núcleo familiar para llevar un estilo de vida más favorable para los pacientes, incluyendo una dieta adecuada, ejercicio y apoyo al paciente con sobrepeso, obesidad y enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, para lograr disminuir sus factores de riesgo, mejorar su calidad de vida, motivo por el cual consideramos necesario conocer los factores que intervienen en el desarrollo de dichas patologías, debido a que la mayoría de la población desconoce que el sobrepeso y obesidad son una enfermedad que debe ser tratada de manera oportuna para prevenir la aparición de diversas patologías asociadas a la obesidad.

El aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, se asocia con un incremento de los procesos crónicos, como diabetes mellitus e hipertensión arterial, los cuales influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente, así como una alteración en la funcionalidad familiar que involucra a todos sus integrantes y un incremento de los factores de riesgo, esto a su vez impacta en los cotos de salud.

La detección oportuna y tratamiento del sobrepeso, así como de la obesidad son clave para la prevención y manejo de las enfermedades como; Diabetes mellitus. Hipertensión arterial, dislipidemia y apnea del sueño. Ya que con ello se disminuye la morbi-mortalidad asociada.

Con los resultados obtenidos se pretende ayudar al paciente y su familia, para conocer distintas alternativas para lograr mantener un peso ideal y de esta manera mejorar la calidad de vida y sus comorbilidades.

Es importante la implementación de estrategias de educación en alimentación, fomentar el ejercicio y alimentación adecuada, para la prevención y tratamiento oportuno de sus comorbilidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso y la obesidad, así como sus comorbilidades representan un problema creciente de salud pública en México que afecta a 7 de cada 10 adultos de las distintas regiones y localidades, implica implementar estrategias e intervenciones de salud.

Derivado de sobrepeso y obesidad, la dinámica familiar se ha visto afectada, debido a que el paciente con sobrepeso y obesidad, requiere de un cambio de estilo de vida, ejercicio, apoyo moral y en algunos casos de apoyo para realizar sus actividades diarias, esto como consecuencia de las patologías derivadas de la obesidad, como son la amputación de miembros pélvicos en pacientes con diabetes mellitus sin control glicémico adecuado, entre otras.

De acuerdo al reporte estadístico de SIMO la prevalencia de sobrepeso, obesidad, así como las comorbilidades que conlleva en los derechohabientes adultos a la UMF no.28, ha incrementado de manera importante.

En los últimos 2 años, ha habido un incremento importante en el número de consultas en UMF no.28, con mayor prevalencia en personas de mediana edad, debido al incremento de la población que se ha registrado en el reporte estadístico de dicha clínica.

El estilo de vida, alimentación adecuada, ejercicio, así como el desconocimiento de la importancia de los mismos, son factores que predisponen al sobrepeso, obesidad, así como las complicaciones que conllevan diversas patologías, influyen sobre la dinámica familiar del paciente.

Estos acontecimientos repercuten de manera significativa en las estrategias y lineamientos en las instituciones de salud, repercutiendo en líneas de acción costo-efectivas dirigidas a la prevención y control de la obesidad, así como sus diversas complicaciones que se pueden desencadenar, como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Hipotiroidismo, Apnea obstructiva del sueño, entre otros.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relaciona el sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades con la dinámica familiar en pacientes de la UMF No. 28?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades relacionadas a la dinámica familiar en pacientes de la UMF No. 28.

Objetivos específicos:

- 1.-Categorizar la dinámica familiar.
- 2.- Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y sus comorbilidades.
- 3.- Medir la dinámica familiar.
- 4.- Analizar la relación entre sobrepeso y obesidad en la dinámica familiar.

HIPOTESIS

Existe una mala dinámica familiar en pacientes con sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Este estudio se realizó en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.28, se determinó la prevalencia de pacientes con sobrepeso y obesidad que son: 2,775 se tomo una muestra aleatorizada con un 5% de error estimado de acuerdo a la siguiente formula:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n es el tamaño de la muestra

N es el tamaño de la población en donde se quiere realizar el estudio

e es el error de la estimación que se está en condiciones de aceptar

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{2775}{1 + 2775(0.05)^2} = \frac{2775}{6.94} = 399$$

Se estudiaron 399 pacientes, los cuales fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple sin reposición, se tomó pacientes de cada consultorio por día al azar, hasta completar la muestra, se descartaron los pacientes que ya hayan participado en el estudio.

Se inició el estudio a partir de del 01 de marzo del 2021 hasta a completar la muestra, en pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión estipulados. Se le pidió al paciente su participación en el estudio de investigación y previo consentimiento informado (avalado por el comité de ética local), se procedió a realizar la determinación del índice de masa corporal utilizando una báscula con estadimetro marca Seca modelo 769, al paciente se le pidió se retire su calzado, y su ropa quedando en ropa interior, se le otorgo una bata para respetar su

pudor, se realizó toma de peso y talla, siempre cuidando el pudor del paciente. Se proporcionó el cuestionario (cedula de identificación), en donde se interrogó edad, género, escolaridad, ocupación, estado civil, así como comorbilidades de sobrepeso y obesidad.

Se le solicitó llenar una encuesta APGAR, instrumento de medición para evaluar la funcionalidad de la familia, es una necesidad sentida y real de la práctica integral en medicina familiar. El APGAR cuenta con 5 ítems de valoración, con un puntaje total que oscila entre 0 y 20 puntos. Los resultados en base al puntaje obtenido, serán; Buena función familiar (18 a 20 puntos), Disfunción familiar leve (14-17), Disfunción familiar moderada (10-13 puntos), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos). También se aplicó la encuesta FACES III, con la finalidad de complementar la evaluación de la función familiar, desde el punto de vista de cohesión, flexibilidad y comunicación, en instrumentó de medición FACES III, cuenta con 20 ítems, los resultados. Para calificar la funcionabilidad familiar se califica del 1 al 5, 1 corresponde a nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre, se deben sumar los puntajes de las preguntas pares para determinar la adaptabilidad y los impares para la cohesión. Obteniendo un resultado de Cohesión con ítems nones, de 10 a 34 puntos (Cohesión no relacionada), de 35 a 40 puntos (Cohesión semirelacionada), de 41 a 45 puntos (Cohesión relacionada), de 46 a 50 puntos (Cohesión aglutinada). Adaptabilidad ítems pares, de 10 a 19 (Adaptabilidad rígida), de 20 a 24 puntos (Adaptabilidad estructurada), de 25 a 28 puntos (Adaptabilidad flexible), de 29 a 50 puntos (Adaptabilidad caótica).

Materiales.

- Hojas de papel tamaño carta
- Lápiz marca STAEDTLER HB #2
- Tabla de con sujetador
- Laptop marca TOSHIBA modelo Satélite C-40
- Bascula con estadimetro marca seca modelo 769
- Impresora marca Brother modelo DCP-T310

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes adscritos a la UMF No. 28.
- 2.- Pacientes que acepten el estudio de investigación.
- 3.- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- 4.- Pacientes mayores de 18 años de edad.

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes que no desean participar en el estudio de investigación.
- 2.- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- 3.- Pacientes menores de 18 años.

Criterios de no inclusión:

- 1.- Pacientes que no desearon continuar con el estudio de investigación
- 2.- Pacientes con datos incompletos, en el llenado de cuestionarios.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Dinámica familiar

VARIABLE INDEPENDIENTE

- 1.- Edad
- 2.- Genero
- 3.- Estado civil
- 4.- Escolaridad
- 5.- Ocupación
- 6.- IMC
- 7.- Comorbilidades asociadas a la obesidad
- 8.- Apgar familiar
- 9.- FACES III

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
Dinámica familiar	Es una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta como unidad funcione bien o mal.	Como se encuentra la relación del individuo respecto a su entorno familiar al momento del estudio usando el instrumento APGAR para valorar la funcionalidad familiar.	Dependiente Cuantitativa Discontinua	Apgar familiar Buena función familiar (18 a 20 puntos), Disfunción familiar leve (14-17), Disfunción familiar moderada (10-13 puntos), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos).
Apgar familiar	Instrumento de medición que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad	Es la manera en la que la persona percibe la función familiar, de manera global.	Independiente Cualitativa Categorica Ordinal	Buena función familiar (18 a 20 puntos), Disfunción familiar leve (14-17), Disfunción familiar moderada (10-

	familiar de forma global.			13 puntos), Disfunción familiar severa (9 puntos o menos).
FACES III	Es la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar.	Es la manera en que la persona mide la cohesión y adaptabilidad de la familia	Independiente Cualitativa Categórica Ordinal	Cohesión con ítems nones, de 10 a 34 puntos (Cohesión no relacionada), de 35 a 40 puntos (Cohesión semi relacionada), de 41 a 45 puntos (Cohesión relacionada), de 46 a 50 puntos (Cohesión aglutinada). Adaptabilidad ítems pares, de 10 a 19 (Adaptabilidad rígida), de 20 a 24 puntos (Adaptabilidad estructurada), de 25 a 28 puntos

				(Adaptabilidad flexible), de 29 a 50 puntos (Adaptabilidad caótica).
Edad	Tiempo vivido de una persona desde el nacimiento.	Edad de la persona al momento del estudio.	Independiente Cuantitativa Numérica	Edad del paciente en años.
Genero	Condición orgánica, mediante interrogatorio cualitativo Nominal: Masculino Femenino Distingue a las personas si es hombre o mujer.	Genero del paciente respecto a sexo biológico	Independiente Cualitativa Categorica Ordinal	Femenino Masculino
Estado civil	Situación jurídica de personas determinados por derecho desde el punto de vista del registro civil: Soltero/a	Relación que guarda el paciente, respecto a su situación familiar, desde el punto de vista legal, al	Independiente Cualitativa Categorica Ordinal	Soltero/a Casado/a Unión libre Separado/a Divorciado/a Viudo/a

	Casado/a Separado/a Unión libre Divorciado/a Viudo/a.	momento del estudio.		
Escolaridad	Periodo de tiempo que toma una persona para asistir a la escuela y aprender.	Grado de estudio que ha recibido la persona hasta el momento de estudió.	Independiente Cualitativa Categorica Ordinal	Analfabeta Saber leer y escribir Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Ocupación	Trabajo u oficio que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Trabajo u ocupación de la persona al momento del estudio.	Independiente Cualitativa Categorica Nominal	Actividad laboral que mencione el paciente.
IMC	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla, se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	Es la división del peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).	Independiente Cuantitativa Continua Numérica	Normal: IMC >18 y <25 Sobrepeso: IMC >25 y <27 Obesidad: IMC >27

Comorbilidades asociadas a sobrepeso y obesidad	Situación de una persona de padecer dos o más enfermedades al mismo tiempo.	Coexistencia de dos o más enfermedades en una persona al momento del estudio.	Independiente Cuantitativa Continua Nominal	Diabetes mellitus 2 Hipertensión arterial sistémica Dislipidemia Hipotiroidismo Apnea del sueño Entre otros
---	---	---	--	--

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se representaron en frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cualitativas respectivamente.

Se creó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) en su versión 23.

Para nuestras variables cualitativas nominales utilizaremos la prueba Kruskal-Wallis, que relaciona a las variables de la dinámica familiar sobrepeso, obesidad y comorbilidades.

Se utilizó media, mediana y moda para las variables numéricas.

Los datos se representaron en gráficos de barras.

CONSIDERACIONES ETICAS

En este protocolo de estudio se dio prioridad a mantener la dignidad, la integridad, privacidad y confidencialidad de la información personal, de los participantes en este estudio.

El presente estudio se apegó a la Declaratoria de Helsinki, las Guías éticas internacionales para investigación Biomédica en su apartado referente a la investigación en humanos, dispuesto por la Organización Mundial de la Salud en materia de investigación, en el reglamento de la ley general de salud, en su título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos expresa en sus artículos:

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberá prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere al artículo 114 de este Reglamento con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución a la salud y, en su caso, de la Secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal firma que pueda comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención de salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III. Indicara los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que el designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTÍCULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigados principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo/2020	Abril/2020	Mayo/2020	Junio/2020	Julio/2020	Agosto/2020	Septiembre/2020	Octubre/2020	Marzo 21-feb 2022	Marzo 22-Mayo 2022	Junio 22-julio 2022	Octubre 2022	Enero 2023
Elección del tema	X	X											
Elaboración del protocolo	X	X	X	X	X	X							
Presentación ante el Comité							X						
Registro ante el CIRELSIS							X	X					
Modificación de acuerdo al Comité								X					
Revisión bibliográfica			X	X	X	X	X	X					
Aplicación de las encuestas									X				

Resultados										X			
Análisis de Datos										x			
Discusión										X			
Presentación de avances 100 por ciento											X		
Presentación tesis final												X	
Examen de grado													X

Tabla 2. Cronograma de actividades.

RESULTADOS

Se estudiaron 399 pacientes adscritos a la UMF 28 del IMSS, con un muestreo no probabilístico a conveniencia, respetando el criterio de selección y el anonimato de todos aquellos participantes previo consentimiento informado. Con una edad promedio de 58.22 años de edad, con prevalencia de peso promedio 75.98kg, talla promedio de 1.61 mts, índice de masa corporal con una media 29.07, con predominio del género femenino 55.40% (221), la escolaridad primaria completa 36.30% (145), ocupación campesina 62.10% (247), predomina el estado civil casado 56.6% (226).

	Número de pacientes	Frecuencia		Media
		Minino	Máximo	
Edad del paciente (años)	399	22	88	58.22
Peso (kg)	399	48	107	75.98
Talla	399	1.38	1.83	1.61
Índice de masa corporal	399	18.9	44.1	29.07
Genero del paciente	Frecuencia		Porcentaje	
Femenino	221		55.40%	
Masculino	178		44.60%	
Escolaridad				
Analfabeta	18		4.50%	
Sabe leer y escribir	85		21.30%	
Primaria completa	145		36.30%	
Secundaria terminada	92		23.10%	
Preparatoria completa	51		12.80%	
Licenciatura	8		2.00%	
Ocupación				
Campeño	158		39.60%	
Ama de casa y pensionados	124		31.10%	

Comerciante	27	6.80%
Electricista	21	5.30%
Contador	12	3.00%
Otras ocupaciones	57	14.20%
Estado civil		
Casado	226	56.6%
Unión libre	54	13.5%
Soltero	25	6.3%
Divorciado		

Tabla 3. Características sociodemográficas.

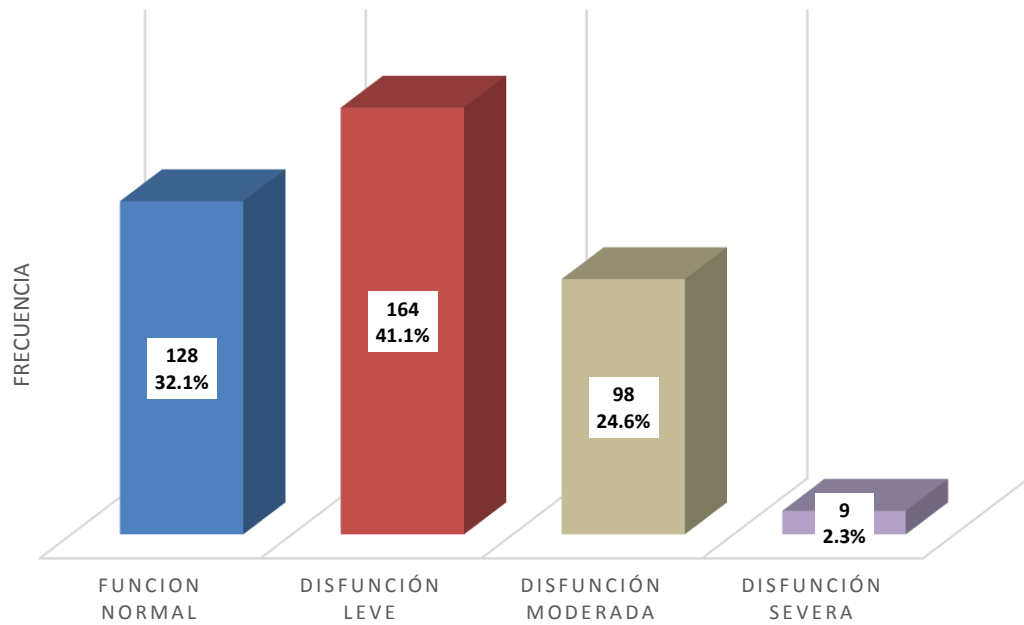
Las patologías con las que cursan los pacientes de la UMF 28, en su mayoría cursan con Hipertensión arterial 44.40% (177), seguido de Diabetes mellitus 35.60% (142), la complicación más frecuente es la neuropatía 6.00% (24), el sobrepeso dentro de la población estudiada es de 53.00% (212), seguido de obesidad grado I 36.80% (147).

Patologías más frecuentes		
Hipertensión arterial	177	44.40%
Diabetes mellitus	142	35.60%
Otras Patologías	7	1.90%
Ninguna enfermedad	73	18.30%
Complicaciones más frecuentes		
Ninguna	316	79.20%
Neuropatía	24	6.00%
Insuficiencia renal crónica	23	5.50%
Disminución de agudeza visual	22	5.50%
Insuficiencia cardiaca	13	3.30%
Pie Diabético	1	0.30%
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en base a IMC		
Normopeso	32	8.00%
Sobrepeso	212	53.00%
Obesidad Grado I	147	36.80%
Obesidad Grado II y III	8	2.00%

Tabla 4. Patologías más frecuentes.

El análisis de fiabilidad por Alfa de Cronbach del Instrumento de dinámica familiar APGAR, apporto un valor de 0.841, y se reconfirmo mediante el método de mitades de Spearman-Brown con un valor de 0.18.

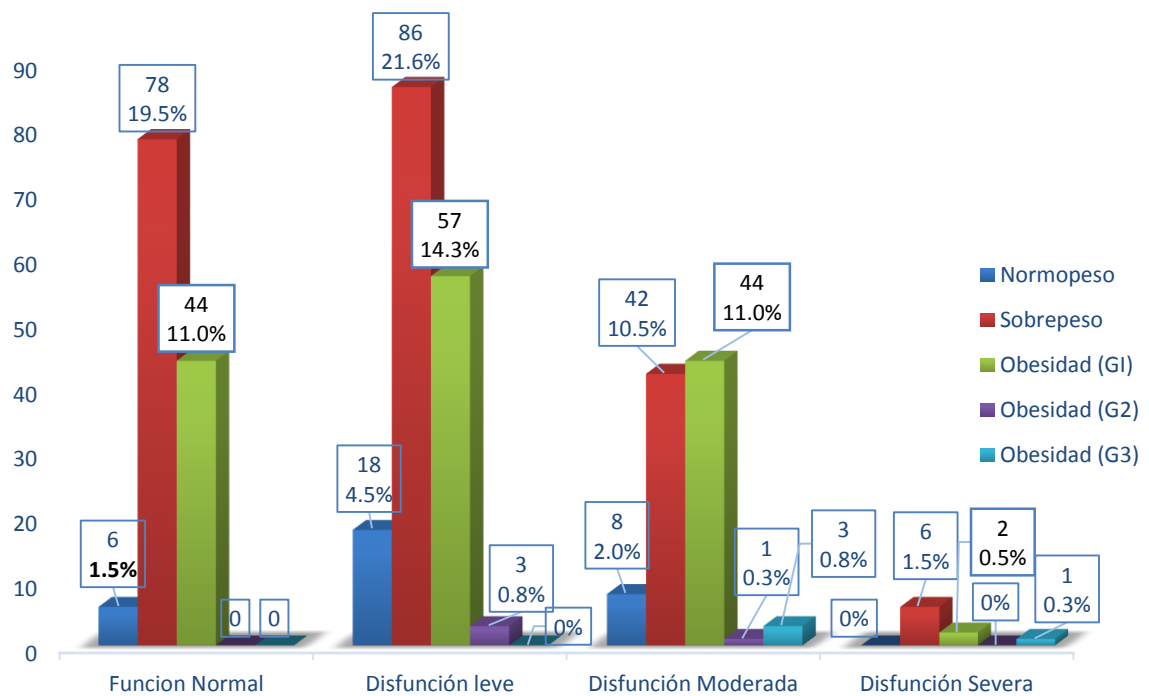
Al medir y categorizar la función familiar por el cuestionario del APGAR en los pacientes de la UMF 28. Se encuentra una mayor frecuencia de disfunción leve. (Grafica 1)



Grafica 1. Frecuencia de función familiar por el APGAR en los pacientes de la UMF28

Al realizar la asociación la función familiar por el APGAR con la categoría del IMC se encontró asociación estadística significativa entre estas variables. ($\chi^2=29.413$, $gl = 12$, $\text{Sig.} = 0.003$). (Grafica 2)

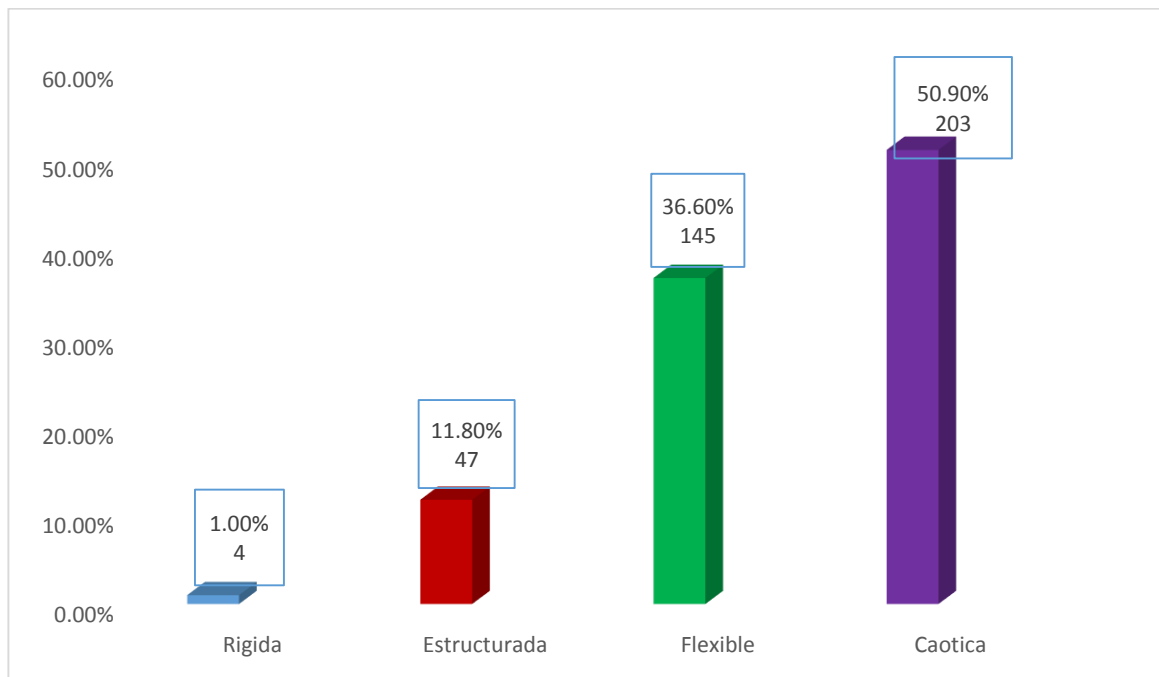
Se muestra que en la disfunción leve predomina más el sobrepeso y la obesidad grado I y en la disfunción moderada se encontró más obesidad grado I.



Grafica 2. Función familiar por el APGAR con la categoría de IMC.

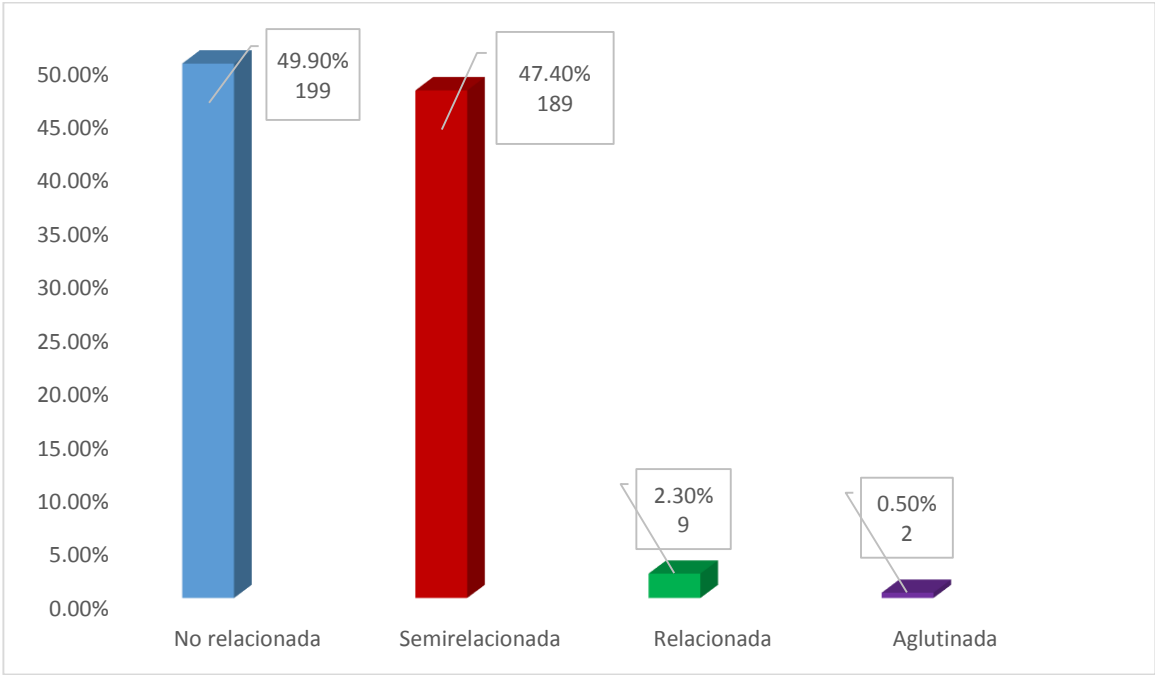
La confiabilidad para el instrumento FACES III, apporto un valor de 0.684.

Se encontró una mayor frecuencia de adaptabilidad caótica en el 50.90% de los pacientes de la UMF 28. (Grafica 3)



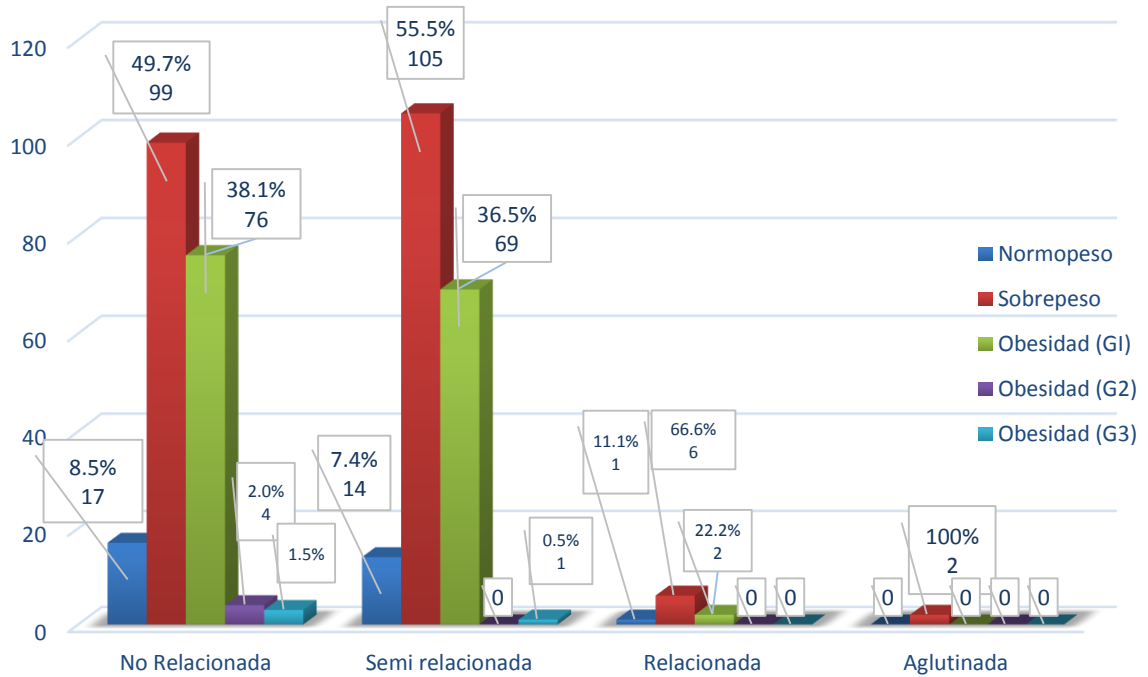
Grafica 3. Frecuencia de adaptabilidad por FACES III en los pacientes de la UMF 28

Se encontró una mayor frecuencia de cohesión no relacionada en un 49.90% de los pacientes de la UMF 28. (Grafica 4)



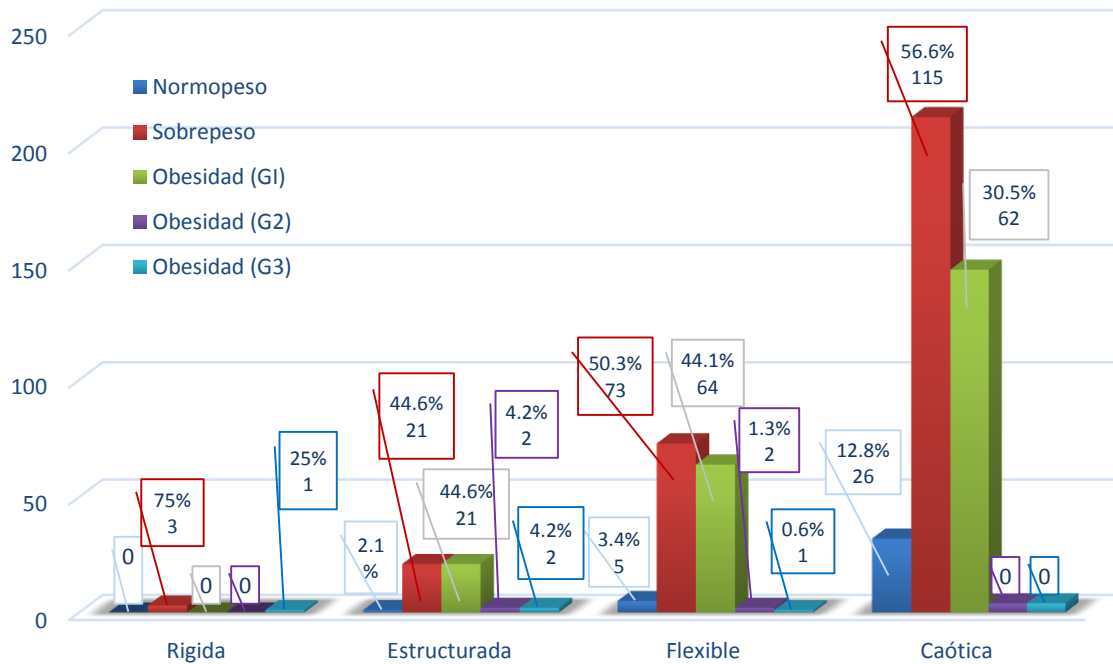
Grafica 4. Frecuencia de la cohesión por el cuestionario FACES III.

Al realizar la asociación entre la cohesión familiar por el cuestionario FACES III con la categoría del IMC se encontró asociación estadística de ($Chi^2 = 8.621$, $Sig. = 0.735$) entre estas variables. Se muestra en la Grafica 5, donde se encontró una mayor frecuencia de sobrepeso en la cohesión no relacionada y Semi relacionada en los pacientes de la UMF 28.



Grafica 5. Frecuencia de sobrepeso en relación a la cohesión.

La adaptabilidad en relación con el IMC realizado por el cuestionario FACES III se muestra en la Grafica 6. Se encontró una mayor frecuencia de la adaptabilidad caótica en los pacientes con sobrepeso de la UMF 28. Con una asociación estadística de ($Chi^2=57.509$, $Sig. = 0.0001$) entre estas variables.



Grafica 6. Frecuencia de adaptabilidad en relación al sobrepeso.

DISCUSIÓN

El estudio de la dinámica familiar en las personas con obesidad, ayuda a dar una perspectiva con enfoque integral, para realizar una intervención multidisciplinaria con tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma individual. Como menciona Mora M, en su artículo Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar, realizado en Uzuay, realizado en 23 familias, hace referencia a que la obesidad está en todo tipo de familias, el origen de la obesidad no está solo en la mala alimentación y el sedentarismo, también influyen las representaciones sociales como autoridad patriarcal, apoyo intangible, rol de género, eventos de la vida. Las personas con obesidad severa presentaron mayor disfunción familiar. (30)

Cañete F, Fretes G, Sequera V, et al, Epidemiología de la obesidad en el Paraguay, realizado en la Facultad de ciencias médicas (Asunción) Paraguay, incluyo 2501 participantes, se encontró una prevalencia de obesidad de 23.9% (597). Las mujeres y los hombres aparecieron un 26.0% y 20.2% de obesidad, de acuerdo a grupos de edad de los 15 a 34 años 46.6%, de 35 a 54% 32.5%, de 55 a 74 años 20.65, por tipo de residencia Urbano 60.5% y rural 39.55, encontrando una prevalencia de Diabetes mellitus e hipertensión arterial en los pacientes con obesidad, siendo superior en mujeres. (31)

Ortiz R, Álvarez C, Miralles J, Ruiz m, et al, en su artículo Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006, Medicina clínica. Realizado en 29.478 adultos encontró una prevalencia de sobrepeso mayor en varones 43.9% en relación con las mujeres 28.9%, en prevalencia de obesidad encontró 15.0% en ambos sexos. (32)

Álvarez D, Sánchez J, Gómez G, et al, en su artículo Sobrepeso y Obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. Incluyo 21 981 adultos residentes de la población nacional, hace mención que dos de cada cinco adultos jóvenes tuvieron exceso de peso, así como dos de cada tres adultos; el sobrepeso fue ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, peor la obesidad fue mayor en mujeres adultas. Es preocupante que dos de cada tres adultos padezcan de exceso de peso, porque la obesidad

aumenta el riesgo de muerte prematura en la población, a causa de las enfermedades cardiovasculares. (33)

Poma J, Carrillo L, González J, en su estudio Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión arterial, realizado en 153 familias pertenecientes al policlínico de Mata municipio de Cifuentes, Villa Clara, reporta la disfunción familiar constituyo un riesgo para el desarrollo de sobrepeso-obesidad, a su vez la disfunción familiar se encontró que las familias disfuncionales presentaron descontrol de las cifras de tensión arterial. Los datos respaldan que la disfunción familiar constituye un factor predisponente para el desarrollo de factores de riesgo para hipertensión arterial. (34)

Dulco M, Méndez L, Gómez V, et al, en su artículo Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2, realizado en la población de Tamaulipas. Se estudiaron 300 pacientes diabéticos con un intervalo de edad entre 27 y 60 años, dividido en 2 grupos; uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción familiar, cada uno integrado por 150 pacientes. Encontrando un mejor control de la diabetes mellitus en los pacientes con funcionalidad familiar adecuada en un 80%, mientras que en el grupo con disfunción familiar solo el 56% mostro parámetros de glucosa dentro de los límites de control. El presente estudio demuestra que el problema de la diabetes mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que el paciente diabético sienta la necesidad de vivir. (35)

Concha M, Rodríguez C, en su estudio Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados, realizado en Chillan Chile, a una población de 810 pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados, de ambos sexos, con edades entre 55 y 64 años, se encontró 40.7% compensado y 59.3 descompensado, de acuerdo a sus patologías la población estudiada con diabetes mellitus es de 36.4% e hipertensos en 63.6%, mostrando una funcionalidad familiar adecuada en 80.55, moderada 14.4%, severa 5.1%. En consecuencia, quienes evidencian una disfuncionalidad familiar moderada-severa registran 24.2 veces más probabilidad de presentar episodios de descompensación, las mujeres evidencian 2.5 veces más probabilidad de descompensarse que los hombres. (36)

González F, Jiménez A, Quevedo E, et al, en su artículo Correlación de sobrepeso y obesidad con la presión arterial en adultos mayores en una unidad de primer nivel en Tabasco, realizo un estudio en 7322 adultos de 60 años, encontrando un 47.9% con sobrepeso, 34.3% con obesidad, reportando un 35% con diagnóstico de diabetes mellitus, dislipidemia 15.5 e hipertensión arterial en 43.8%. encontrando una relación significativa entre el sobrepeso, la obesidad y el desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. (37)

En comparación a los anteriores investigadores, nosotros encontramos una relación con el sobrepeso, la obesidad grado 1 entre la disfunción familiar leve con una adaptabilidad caótica y una prevalencia asociada con diabetes mellitus e hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la Dinámica Familiar y la presentación del sobrepeso y obesidad, con lo cual rechazamos la hipótesis nula.

La mayoría de los participantes encuestados fueron del sexo femenino, así como adultos mayores con sobrepeso y obesidad.

Las principales comorbilidades encontradas con respecto al sobrepeso y obesidad fueron la Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, las complicaciones más frecuentes fueron neuropatía e insuficiencia renal, así como la presencia de una disfunción familiar leve en su dinámica familiar.

Encontramos de acuerdo al instrumento FACES III una adaptabilidad caótica, con mayor frecuencia de sobrepeso en relación a la cohesión no relacionada y Semi relacionada con una adaptabilidad caótica en los pacientes de la UMF 28.

RECOMENDACIONES

La familia es un ambiente en el cual los individuos interactúan con su medio y se produce el desarrollo emocional de los mismos, siendo estos vulnerables a presenta alteraciones en la estructura y funcionalidad familiar.

Nosotros consideramos importante realizar estudios en nuestras poblaciones adscritas, que nos permitan conocer la medida en que la alteración de la estructura familiar está dada por el sobrepeso, obesidad, así como las diferentes comorbilidades que conlleva.

Es necesario tener presente que la obesidad es una enfermedad crónica, por lo que requerirá un tratamiento multidisciplinario e integral.

En la actualidad existen diversos programas de salud destinados a combatir este problema, por lo que debemos de realizar un diagnóstico e intervención temprano en nuestros pacientes para poder combatirlo antes de que se desarrolle y también para fomentar mejores estilos de vida.

Sugerimos la realización de actividades y estudios, con un enfoque en el apoyo dietético, la actividad física, la terapia familiar y con mayor tiempo de seguimiento para determinar la relación causa-efecto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Obesidad y sobrepeso, Nota descriptivas No.311 Enero 2015.Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 2.-detail, Notas descriptivas, Obesidad y sobrepeso,1 de abril 2020. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 3.- NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
- 4.- Hernández J S, Fisiopatología de la obesidad. GacMedMex 2004;2 (140): S27-S32.
- 5.-Becerra CA, Rodríguez GA, Molina AA, Escenario actual de la obesidad en México. Rev. Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013;51(3):292-99.
- 6.- Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica, sistema único de información. Semana 43 2010:43 (27):1-28.
- 7.- Lucia Ferreira González, CHU Juan Canalejo, Medicina Interna, se encuentra en:<https://meiga.info/Escalas/Obesidad.pdf>.
- 8.- Barrera CA, Jiménez AL, Cano PE, Molino AM, Parrilla OJ, Ramos HR, Sosa RM. et.al. Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Rev. Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013;51(3):344-57.
- 9.- Cuevas AM, Reyes SS. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? Rev.Med Chile 2005;6(133):713-22.
- 10.- Díaz M. presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev. Argentina de Cardiología 2005;2(73):137-44.
- 11.- Guía de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena actualización 2012.

- 12.- Hendricks E, Srisurapanont M, Schmidt L, Haggard M, Souter S, Mitchell L, et al. Addiction potential of phentermine prescribed during long-term treatment of obesity. *Int J of obst* 2014; 38:292-298.
- 13.- Delaet D, Shauer D, Obesity in Adults. *Am Fam Physician* 2010;8(82):974-975.
- 14.- González SJ, Girón MJ, Limón AJ, Márquez AG. Bypass gástrico. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *Rev.Hosp Juárez Mex* 2005;72(4):153-160.
- 15.- Iñarritu C, FM, UNAM, Gasetta, 25 agosto 2007;3
- 16.- Rojas de P.E, Molina R, Rodríguez C. definición, clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus. *Rev. Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. Vol.10. núm. 1, 2012, pp.7-12.
- 17.- Moreno L. García J. Soto G. Capraro S. Limón D. *Rev.Med Hospital General de México*. Vol. 77. Núm. 3. Julio-septiembre 2014. (144-123).
- 18.- C.M. López de Fez. M.T Gaztelu. T. Rubio. A. Castro. *Anales Sis San Navarra* vol.27 no.2 Pamplona may/ago.2004
- 19.- Kingman P. Strohl MD. Case School of Medicine. Case Western Reserve University. Feb.2019
- 20.- Carol A. Washington University School of Medicine. Marzo 2018
- 21.- Gómez-Avellaneda, G., & Tarqui-Mamani, C. (2017). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario. *Duazary*, 14(2), 141 - 148. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1972>
- 22.- Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario y subclínico en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016.
- 23.- Quirantes Moreno A. *Rev. Cubana Endocrinol* vol.26 no.3 Ciudad de la Habana dic.2015;26(3)

24.- Torres, L. E., Reyes, A. G., Ortega, P y Garduño, A. (2015). Dinámica familiar; formación de identidad e integración sociocultural. Enseñanza e Investigación en Psicología., Editorial manual moderno20(1),48-55.

25.- Membrillo Luna A., Fernández Ortega M., Quiroz Pérez R., Rodríguez López JL., Familia introducción al estudio de sus elementos, editorial Textos Mexicanos 2008,

26.- Huerta González JL, Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad, Editorial Alfil 2005, 39-43

27.-Suarez M, Alcalá M, Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar, Rev. Med. La paz v.20 n.1 La Paz 2014. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010.

28.-Schmidt V, Barreyro J, Maglio A, Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología vol.3 no.2 Malaga 2010.

29.- Galindez E, Iraurgi L, Martinez A et al, Escala de Cohesion y Adaptabilidad Familiar (FACES): desarrollo de una versión de 20 items en español, International Journal of Clinical and health psychology 2006.

30.-Mora M, Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar, Rev. Med Ateneo 2017; 19 (2): 111-119.

31.- Cañete F, Fretes G, Sequera V, et al, Epidemiología de la obesidad en Paraguay, Un. Fac. Cienc. Medicina. (Asuncion)vol.49 no.2 Asuncion 2016.

32.- Ortiz R, Alvarez C, Millares J, et al, Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006, Medicina clinica, Vol.137.Num15, 2011.

33.- Alvarez D, Sanchez J, Gomez G, et al, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Rev. Peru. Med. Exp. Salud publica. 2012, vol.29,n.3, pp.303-313.

- 34.- Jorge P, Carrillo L, González J, Función familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial, Rev. Universitas Medica, Vol 59. No 1, 2018.
- 35.-Dulco M, Méndez L, Gómez V, et al, Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2, Rev, Med, IMSS 2004; 42(4): 281-284.
- 36.- Concha M, Rodríguez C, Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Theoria, Vol.19(1): 41-50, 2010.
- 37.-Gonzalez F, Jimenez A, Quevedo E, et al, Correlacion de sobrepeso y obesidad con la presión arterial en adultos mayores en una unidad de primer nivel en Tabasco. Rev, Horizonte sanitario, Vol.14, no1 , 2015.

ANEXOS

18/12/2020

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602,
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 622 019
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CBI 082 2017033

FECHA Miércoles, 16 de diciembre de 2020

Dr. PERLA RUBI GONZALEZ TOVAR

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SOBREPESO, OBESIDAD Y SUS COMORBILIDADES RELACIONADAS A LA DINÁMICA FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F. No. 28** que someti a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional
R-2020-1022-043

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Diana Ortega Lopez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprimir

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD



COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28 MICHOACAN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santa Clara, Michoacán a _____ de _____ del _____.

Por medio de la presente, yo: _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Dinámica Familiar en pacientes con sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades en adultos de la UMF No 28”, registrado ante el comité local de investigación 1602, con el numero _____.

Justificación: El aumento del sobrepeso y obesidad, tiene una relación directa con los factores desencadenantes como Diabetes Mellitus 2 (nivel de azúcar elevado en sangre), Hipertensión Arterial Sistémica (elevación de la presión arterial), Hipotiroidismo (nivel bajo de hormonas tiroideas), Dislipidemia (colesterol o grasas elevadas en sangre), Apnea del sueño (presencia de pausas involuntarias respiratorias durante la noche), entre otras. Afectando la dinámica familiar (la relación entre los familiares).

El objetivo de este estudio: Determinar el sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades relacionadas a la dinámica familiar en pacientes de la UMF No. 28.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre datos personales como, mi edad, mi sexo, mi estado civil, a que me dedico, donde vivo, hasta qué grado estudie, cuanto peso, cuanto mido y que enfermedades padezco. Se me harán preguntas de la relación que tengo con mi familia en

una serie de preguntas que se llaman Apgar familiar. Se me explica que me pesaran con un mínimo de ropa pudiendo quedar en ropa interior y se me otorgara una bata para este procedimiento, también se medirá mi estatura. Se me aplicaran 3 encuestas, en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Posibles riesgos y molestias: Se me ha explicado sobre los posibles riesgos, los cuales son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas, y tomar las medidas de peso y talla, siempre cuidando el respeto a mi persona y mi pudor. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad en contestar algunas preguntas, incomodidad al realizar la toma de peso y talla.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio es que, de encontrarse algún padecimiento, se me brindará atención médica y seguimiento, además se me podrá enviar a un especialista, se me dará seguimiento y tratamiento adecuado, se me orientará sobre cambios en el estilo de vida, para evitar complicaciones a largo plazo.

Participación o retiro: He sido informado que puedo retirarme del estudio, si así lo decido, en el momento que yo decida, durante el estudio, sin que afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que toda información que yo aporte es confidencial, y se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, en el momento que yo decida, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dra. Perla Rubí González Tovar Tel: 3541058866.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No.28

Correo electrónico: rubi.gonzalez2017x@gmail.com

Investigador asociado: Dr. Eduardo Alberto Ung Medina Tel: 4525283781.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No.81

Correo electrónico: Eduardo.ung@imss.gob.mx

Investigador asociado: Dra. Maricela Vázquez Huerta Tel: 4521052126

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No.81

Correo electrónico: maricela.vazquez@imss.gob.mx

Asesor metodológico: Dra. Anel Gómez García Tel: 4433282365

Adscripción: Centro de investigación biomédica (CIBIMI)

Correo electrónico: anel.gomez@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario del Comité Local de Ética en Investigación en Salud No.16028 del HGZ No. 1 de Morelia, Dr. Gerardo Muñoz Cortes al teléfono: 4433109950.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS; Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del paciente

Investigador responsable

Testigos

Nombre y firma

Nombre y firma

INSTRUMENTOS DE MEDICION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CEDULA DE IDENTIFICACION

Se otorgará este cuestionario con la finalidad de conocer información sobre mi persona como edad, sexo, ocupación, estado civil, peso, talla, así como las enfermedades que padezco, me será proporcionado consentimiento informado, se me informa que la información obtenida en este cuestionario será de carácter confidencial, no identificándoseme de ninguna manera, y solo se utilizará con fines científicos de investigación.

DATOS DE IDENTIFICACION

1.- Edad: _____.

2.- Genero: Femenino ____ Masculino ____

3.- Estado civil:

Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Divorciado(a) ____

Unión libre ____ Viudo(a) ____ Separado(a) ____

4.- Escolaridad:

Analfabeta ____ Sabe leer y escribir ____ Primaria completa ____

Secundaria completa ____ Preparatoria completa ____ Licenciatura completa ____

5.- Ocupación: _____

6.- Peso: _____kg.

7.- Talla: _____ mts.

8.- IMC: _____

9.- ¿Usted tiene alguna enfermedad?

10.- ¿A presentado alguna complicación derivada de sus enfermedades?

Sí ___ No ___

Si la respuesta es (Sí) cual: _____

APGAR FAMILIAR. ADULTOS

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.P

Interpretación de resultados

Función familiar normal:	17-20 puntos
Disfunción leve:	13-16 puntos
Disfunción moderada:	10-12 puntos
Disfunción severa:	9 puntos o menos

FACES III

	CALIFICACION: 1 NUNCA,2 CASI NUNCA, 3 ALGUNAS VECES, 4 CASI SIEMPRE, 5 SIEMPRE
	1.-Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
	2.-En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
	3.-Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
	4.-Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina.
	5.-Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos
	6.-Cualquier miembro de la familia puede tomar 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 las 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.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
	14.-En nuestra familia las reglas cambian.
	15.-Con facilidad podemos planear actividades de 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.

Interpretación de resultados

Cohesion (nonos)	Amplitud de clase	Adaptabilidad (pares)	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34	Rígida	10 a 19
Semi relacionada	35 a 40	Estructurada	20 a 24
Relacionada	41 a 45	Flexible	25 a 28
aglutinada	46 a 50	Caótica	29 a 50