



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
OBESOS COMPARADA CON NO OBESOS DE LA UMF NO.1
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dra. Nayely del Socorro Tachiquín Romo.

ASESORA:

DRA. Ana Hortensia López Ramírez.

AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2013



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. NAYELY DEL SOCORRO TACHIQUIN ROMO**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis:

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
OBESOS COMPARADA CON NO OBESOS DE LA UMF NO.1
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2012-101-20** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LOPEZ RAMIREZ.



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

NAYELY DEL SOCORRO TACHIQUIN ROMO.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
OBESOS COMPARADA CON NO OBESOS DE LA UMF NO.1
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

No. De Registro R-2012-101-20 del Comité local de investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

La Dra. Nayely del Socorro Tachiquín Romo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

NAYELY DEL SOCORRO TACHIQÚN ROMO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES OBESOS COMPARADA CON NO OBESOS DE LA UMF NO. 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

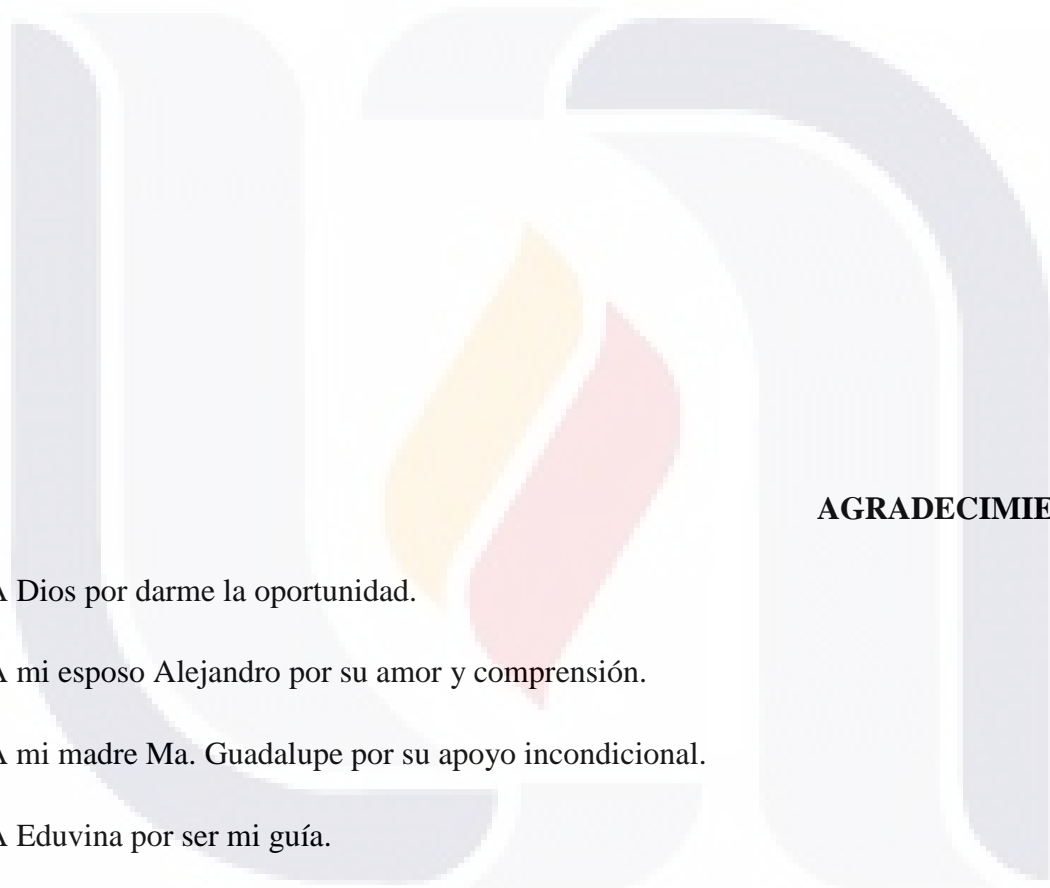
Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 12 de Febrero de 2013.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGRADECIMIENTOS:

- A Dios por darme la oportunidad.
- A mi esposo Alejandro por su amor y comprensión.
- A mi madre Ma. Guadalupe por su apoyo incondicional.
- A Eduvina por ser mi guía.
- A mi abuelita Ma. Concepción por seguir cuidándome.
- A mis tíos y primos por su consejo y ayuda.
- A mis compañeros y amigos por caminar junto a mí.
- A mis profesores y tutores por compartir su experiencia.
- Un agradecimiento especial a la Dra. Alicia Alanis por su ayuda, paciencia y empeño para la realización de esta tesis.



DEDICATORIA:

-A Santiago por ser mi razón

1.INDICE GENERAL

1.Indice general.....	1
2.Indice de tablas.....	2
3.Acrónimos.....	3
4.Resumen.....	4
5.Abstract.....	6
6.Introduccion.....	8
7.Capítulos.....	9
7.1Planteamiento del Problema.....	9
7.2Antecedentes Científicos.....	19
7.3Justificacion.....	24
7.4Marco Teórico.....	25
7.5Hipotesis.....	30
7.6Objetivos.....	30
7.7Metodología.....	31
8.Resultados.....	39
9.Discusión.....	44
10.Limitaciones.....	47
11.Recomendaciones.....	47
12.Conclusiones.....	47
13.Glosario.....	49
14.Bibliografía.....	51
Anexos.....	56
A:Cronograma de actividades.....	56
B:Operacionalización de las variables.....	57
C:Instrumento.....	59
D:Lista de cotejo.....	60
E:Carta de consentimiento informado.....	61

2.INDICE DE TABLAS

Tabla 1:Caracterización sociodemográfica de los pacientes incluidos en el estudio.....	41
Tabla 2:Actividad física y características físicas de la población.....	42
Tabla 3:Comparación de Cohesión Adaptabilidad en ambos grupos.....	43



3.ACRONIMOS

CAF: Cohesión y Adaptabilidad familiar.

ENSANUT: Encuesta nacional de salud y nutrición.

FACES III: Family Adaptability and Cohesion evaluation scales III.

IMC: Índice de Masa Corporal.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

KG: Kilogramos.

M²: Metros cuadrados.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

OCDE: Organización para la cooperación y desarrollo económico.

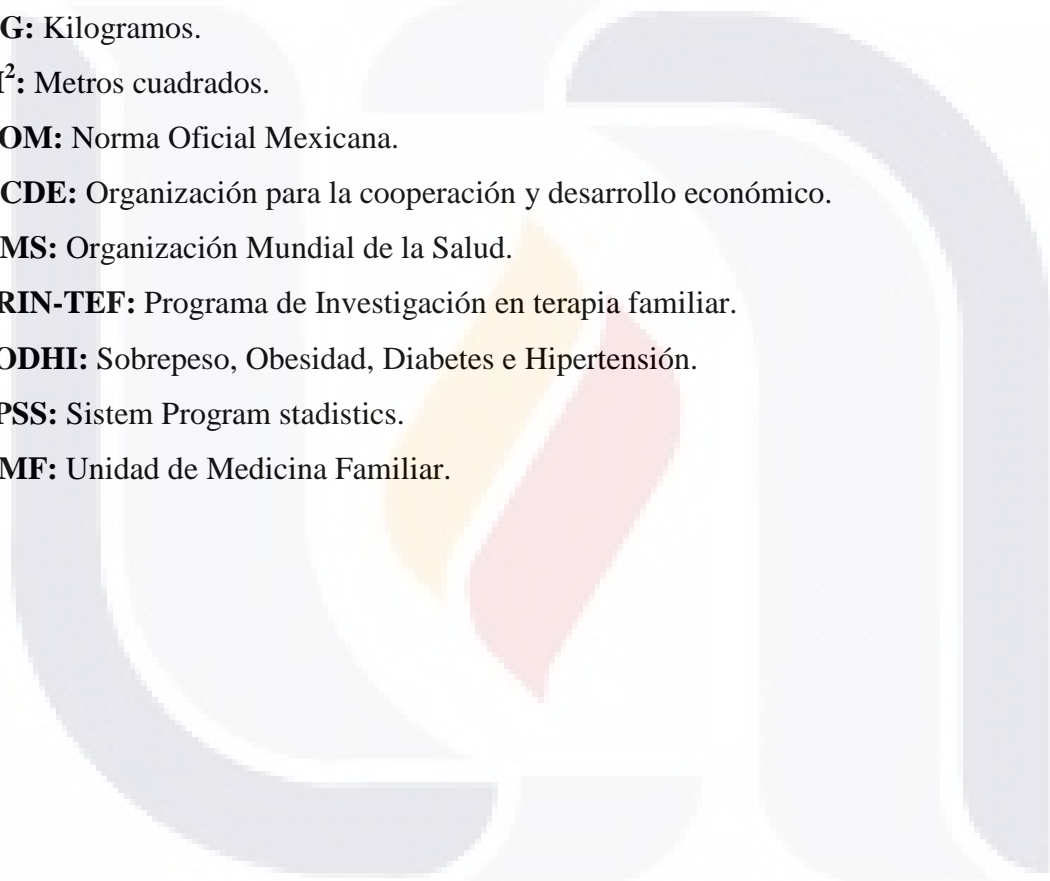
OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRIN-TEF: Programa de Investigación en terapia familiar.

SODHI: Sobrepeso, Obesidad, Diabetes e Hipertensión.

SPSS: Sistem Program stadistics.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.



4. RESUMEN

Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes obesos comparada con no obesos de la UMF no. 1 delegación Aguascalientes

INTRODUCCIÓN: La familia es un importante recurso para enfrentar los problemas de salud y facilitar el mejoramiento de la calidad de vida del paciente cuando su funcionamiento es adecuado, es entonces cuando el estudio diagnóstico del funcionamiento familiar a través de la cohesión y adaptabilidad adquiere un valor incalculable en la identificación de grupos de riesgo como aquellos con obesidad y permite tomar las medidas conducentes para prevenir la aparición de problemas cuando esto sea posible, o implementar las medidas remediabiles cuando los conflictos ya se han hecho presentes.

La obesidad es una enfermedad que ha ido en aumento en las últimas décadas, México ocupa el segundo lugar en obesidad adulta a nivel mundial, en Aguascalientes 7 de cada 10 personas adultas son obesas, en la UMF no. 1 de este Estado se diagnostica un promedio de 20 personas obesas mensualmente; cifra alarmante por todas las implicaciones económicas y en salud que esto conlleva. El apoyo familiar es fundamental para modificar los comportamientos del comer y de la actividad física, por lo que debe evaluarse su cohesión y adaptabilidad con el fin de proporcionar una atención verdaderamente integral en los pacientes y que nos ayude en la elección de las estrategias de atención en familias que así lo requieran para lograr una mejoría sustancial en la salud física y mental de todos sus integrantes. Pocos autores han evaluado estas variables en pacientes con obesidad, por lo que el conocimiento disponible es insuficiente para determinar si hay diferencia en la cohesión y adaptabilidad en pacientes obesos y en no obesos.

OBJETIVO: comparar la cohesión y adaptabilidad familiar entre pacientes obesos y no obesos para determinar si hay diferencias en ambos pacientes.

METODOLOGIA: se trató de un estudio transversal comparativo incluyendo a pacientes mayores de 20 años con un IMC mayor a 30 en quienes se aplicó el instrumento FACES

III en español para medir la adaptabilidad y cohesión familiar así como se incluyen a pacientes no obesos a quienes se les medirá de igual manera la adaptabilidad y cohesión familiar para realizar dicha comparación. Para el procesamiento de datos se usó el programa estadístico SPSS v. 20. Para las variables en escalas continuas se usó promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes. Para la comparación de las variables categóricas se usó χ^2 . Se tomó como significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se encontró que la cohesión de los pacientes obesos es de tipo desligada (rango extremo) con un 48%, mientras en los pacientes no obesos de tipo conectada (rango medio) con un 60% ambas estadísticamente significativas ($P=0.000$). Lo que traduce que la cohesión del no obeso es mejor que la del obeso. Se encontró que la adaptabilidad de los pacientes obesos es principalmente de tipo estructurada (rango medio) con 36% y en los pacientes no obesos la mayoría tiene cohesión de tipo caótica (rango extremo) con 38% ambas sin significancia estadística ($P=0.291$ y $P=0.097$).

CONCLUSIONES: La tipología familiar final de los sujetos incluidos en este estudio es semejante (rango medio), sin embargo en cohesión familiar existe diferencia pues el nivel es menor en sujetos obesos (desligada), por lo tanto se concluye que en las familias de los sujetos obesos priva 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.

PALABRAS CLAVE: cohesión, adaptabilidad, obesidad.

5.ABSTRACT

Comparation family cohesion and adaptability between obese and non-obese patients from FMU no. 1 of Aguascalientes.

INTRODUCTION: The family is an important resource to address health issues and facilitate the improvement of the quality of life of patients when working well, that's when the diagnostic study of family functioning through cohesion and adaptability has a value invaluable in identifying risk groups such as those with obesity and can take the necessary measures to prevent the occurrence of problems where possible, or implement remedial measures when conflicts have already been present.

Obesity has been increasing in recent decades, Mexico ranks second in adult obesity worldwide, in Aguascalientes 7 in 10 adults are obese, in the UMF. 1 of this State is diagnosed an average monthly 20 people with obesity; alarming for all economic and health implications that entails. Family support is crucial to change eating behaviors and physical activity, so we must evaluate its cohesion and adaptability in order to provide a truly comprehensive care for patients and assist us in choosing care strategies in families that need it to achieve a substantial improvement in physical and mental health of all its members. Few authors have evaluated these variables in patients with obesity, so that knowledge is insufficient to determine whether there is difference in cohesion and adaptability in obese and non-obese.

AIM: To compare family cohesion and adaptability between obese and non-obese patients to determine if there are differences in this for both patients.

METHODOLOGY: This was a cross-sectional study including patients over 20 years with a BMI over 30 who apply in Spanish FACES III instrument to measure family cohesion and adaptability. For data processing will be used SPSS v. 20. For variables on continuous scales are used mean and standard deviation, categorical variables with scale absolute

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

numbers and percentages. For comparison of categorical variables χ^2 will be used. Take as the significant value of $p < 0.05$.

RESULT: It was found that the cohesion of obese type is detached (end range) with 48%, while in non-obese patients is attached type (mild range) with 60% both statistically significant ($P = 0.000$). That translates non obese cohesion is better than the obese. We found that the adaptability of obese patients is primarily structured type (mild range) with 36% and non-obese patients is most chaotic cohesion type (extreme range) with 38% both without statistical significance ($P = 0.291$ and $P = 0.097$).

CONCLUSIONS: The ultimate family typology of subjects included in this study is similar (mild range), but exist difference in family cohesion because the level is lower in obese subjects (detached), therefore concluded that the families of obese subjects deprives the "I" that is, there is no affective bond among family members, lack of family loyalty and high personal independence.

KEYWORDS: cohesion, adaptability, obesity.

6.INTRODUCCION

La cohesión y adaptabilidad es evaluada mediante el FACES III que determina el estado de funcionalidad familiar mediante la medición de estos aspectos; fue creado en 1979 por Olson y colaboradores, dicha escala ha sido aplicada en diversos países en Europa, entre los que se encuentra una versión en Español aplicada en España y otros países de habla hispana, en México se realizó la validación de esta escala en el 2002 encontrando que es fiable y válido, sin embargo, a pesar de esto, encontramos poca información en la literatura sobre su aplicación en pacientes con obesidad y sin esta.

La adaptabilidad y cohesión pueden afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud. El sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de uno de sus integrantes se encuentra asociada con la salud mental de los otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta.

Se ha encontrado diferencia en la adaptabilidad familiar en pacientes obesos, pues el nivel es menor, por lo que se considera que el liderazgo y negociación es muy flexible, permitiendo que las reglas de la disciplina alimentaria sean constantemente violadas, a diferencia de las familias de sujetos no obesos en los que se aprecia que esta disciplina es más estructurada o “respetada”.

En las familias con un enfermo crónico, en este caso la Obesidad, la necesidad de cohesión es permanente y la habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del ciclo de vida es imprescindible para lograr un nivel adecuado de adaptabilidad y cohesión.

7.CAPITULOS

7.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES OBESOS COMPARADA CON NO OBESOS DE LA UMF NO.1 DELEGACION AGUASCALIENTES

OBJETO DE ESTUDIO: Comparar la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes obesos con no obesos.

SUJETO DE ESTUDIO: Pacientes obesos y no obesos.

CONTEXTO: UMF no. 1 delegación Aguascalientes.

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Aguascalientes cuenta con una población total de 1'184,966 habitantes, de los cuales 576,638 viven en el Estado, el 48% son hombres y el 52% son mujeres. De esta población, el 32% tiene menos de 15 años, el 63% son de 15 a 64 años y sólo el 5% de habitantes con más de 65 años.¹

En cuanto a los indicadores socioeconómicos, el grado promedio de escolaridad para la población del Estado es de 9.2 (preparatoria incompleta), contando con un 5% de analfabetismo en mayores de 15 años.¹

La población económicamente activa es del 36% aproximadamente, trabajando en la industria manufacturera y comercial, que son las dos principales actividades económicas del Estado.¹

En el 2010 el IMSS reportó un total de derechohabientes de 530,445 personas, de las cuales 415,917 se encuentran afiliadas al IMSS municipio, capital.

La UMF no.1 cuenta con una población total atendida en consultorio de 93,446, siendo mayores de 20 años 65,103. Del 27/12/2010 al 25/10/2011 se otorgaron en consultorios de medicina familiar 224 diagnósticos de obesidad de primera vez.²

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La cohesión y adaptabilidad es evaluada mediante el FACES III, creado en 1979 por Olson y colaboradores, dicha escala ha sido aplicada en diversos países en Europa, entre los que se encuentra una versión en Español aplicada en España y otros países de habla hispana, en México se realizó la validación de esta escala en el 2002 encontrando que es fiable y válido, sin embargo, a pesar de esto, encontramos poca información en la literatura sobre su aplicación en pacientes con obesidad y sin esta.

En el 2003, en España, González Pineda y cols. aplicaron el FACES III en adolescentes sanos encontrando que la cohesión familiar incide significativamente sobre el comportamiento autorregulatorio de los padres, observando que no sucede lo mismo con la relación entre adaptabilidad familiar y conducta autorregulatoria.³

En ese mismo año, Zegers y cols. en Chile, Utilizaron la escala de FACES III en población chilena encontrando que es un instrumento válido desde el punto de vista de su contenido y estructura factorial; en cuanto a su confiabilidad, puede calificarse de aceptables, puesto que se ha obtenido un alpha de Cronbach estandarizado para la escala completa de 0,55 y al realizar un análisis factorial de 2º orden, se obtiene una validez explicada de 47,67%.⁴

S. Cervera y E. Aubá en el año 2005 en España, utilizaron la escala de cohesión y adaptabilidad familiar para observar como se comportan en estos rubros pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama encontrando que en el primer mes, tras el diagnóstico, en la familia de la paciente no se detecta una alteración en estas características.⁵

Mendoza Solís y cols. en el 2006 en México, al realizar un análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en un grupo de familias en la atención primaria encontraron que prevalecieron las familias en rango medio que corresponden a moderadamente disfuncionales; observando que tanto la comunicación como los límites inadecuados entre los integrantes concurren en las familias disfuncionales con diferencias estadísticamente significativas.⁶

En el 2008, en México, Hernández y cols. en donde realizaron un estudio comparativo donde midieron la cohesión y adaptabilidad entre pacientes obesos y no obesos encontrando que no existe diferencia significativa al describir la cohesión, mientras en la adaptabilidad sí encontraron diferencia significativa pues en los pacientes obesos el nivel de adaptabilidad es menor.⁷

En el año 2011 en México, Sánchez Reyes y cols. estudiaron la cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos donde no encontraron relación directa en cuanto a control metabólico y funcionalidad familiar.⁸

En contrapostura un estudio realizado en adolescentes en el año 2009, en Perú, por Camacho P. P. y cols. encontraron que más de la mitad representa a la familia con un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cada miembro no son claros, causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parentales.⁹

Por lo anterior nos encontramos con que los datos obtenidos no ofrecen claridad en el conocimiento ya que han sido aplicados en varios países y en pacientes con diversas enfermedades lo que nos lleva a darle un mayor grado de interés e importancia a la realización de este estudio para describir estos puntos más claramente.

PANORAMA DEL SISTEMA EN SALUD.

Dentro del panorama del Sistema de Atención en Salud con el que se cuenta actualmente en nuestro país y que nos guía en el ejercicio de nuestra profesión, tenemos que la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo cuarto que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En la Nueva Ley del IMSS, Artículo 2 se menciona que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Dentro de las Guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a partir del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, se encuentra la guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de sobrepeso y obesidad en el adulto. (IMSS-46-08).

La NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad.

El IMSS ha diseñado e implantado la estrategia de programas integrados de salud conocida como PREVENIMSS, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de los derechohabientes.

El IMSS ha implementado un programa de estrategias llamado SODHI (sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión) que tiene como objetivo primordial cambiar hábitos alimenticios poco saludables, evitar el sedentarismo y futuras complicaciones.

La UMF no. 1 delegación Aguascalientes cuenta con 20 consultorios disponibles para la atención de derechohabientes, el total de médicos familiares que atienden en turno matutino son 20, 1 médico familiar mas para la atención integral en el programa DIABETIMSS, 2 estomatólogos y un nutriólogo; en turno vespertino se cuenta con 20 médicos familiares, 1 médico familiar en el programa DIABETIMSS, 2 estomatólogos y un nutriólogo.²

NATURALEZA DEL PROBLEMA:

El nivel de cohesión y adaptabilidad familiar puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud. Se ha visto que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una alteración en la dinámica de la cohesión y adaptabilidad, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; el sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia; por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas.^{10,11}

La familia NORMAL puede describirse como un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente actúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas.¹²

Cuando la familia se “enferma”, se utiliza el término de familia disfuncional porque ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estado familiar debido a la alteración de algunos de los subsistemas familiares. La cohesión y adaptabilidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse como resultado del efecto de factores de estrés normativos o paranormativos.^{8,13}

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evaluar la cohesión y adaptabilidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia y los instrumentos para evaluarlas deben ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales mencionados y de otros que trabajan en el marco de la atención primaria.¹⁴

En el contexto de la atención primaria, la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan la cohesión y adaptabilidad familiar tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar. Conocer y saber cómo «funciona una familia» en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, en las crisis normativas y no normativas, etc., es fundamental para otorgar una atención médica realmente integral, que incluya no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales, morales y espirituales.¹⁴

Para los profesionales de la salud es importante que la familia se encuentre involucrada en el tratamiento de la obesidad. Se ha visto que el apoyo de la familia es de fundamental importancia para modificarlos comportamientos del comer y se sugieren diferencias importantes entre los acercamientos tempranos basados en la familia, encontrando que al dirigirse a los padres para bajar de peso, también en los niños se demostró una disminución del mismo.¹⁰

En las familias con un enfermo crónico, en este caso la Obesidad, la necesidad de cohesión es permanente y la habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del ciclo de vida es imprescindible para la adecuada adaptabilidad familiar.¹⁵

La obesidad se ha vuelto una enfermedad de carácter social. El principal enfoque para su tratamiento es basado en la dinámica familiar primordialmente en los rubros de cohesión y adaptabilidad; muy pocos estudios se han enfocado en este aspecto pero no a establecer cómo se encuentra la cohesión y la adaptabilidad entre pacientes obesos y no obesos. Puntos primordiales y pilares de la dinámica familiar.

La enfermedad de alguno de sus miembros, así como la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis.^{16,17}

NIVEL DE CONOCIMIENTO:

El presente proyecto de investigación se encuentra en un nivel analítico, ya que se pretende realizar una comparación de la adaptabilidad y cohesión entre los pacientes con obesidad y en aquellos sin obesidad.

DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

La obesidad puede ocasionar no solo discapacidad individual sino también afectación de la adaptabilidad y cohesión en cualquier tipo de familia con un miembro portador de esta enfermedad, presentándose desgraciadamente en hombres o mujeres desde la infancia. En este caso se estudiarán pacientes mayores de 20 años con algún grado de obesidad en la UMF No. 1 del IMSS en el Estado de Aguascalientes.

MAGNITUD Y TRASCENDENCIA

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante, puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. En algunos problemas como la obesidad la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando así los cambios de desarrollo normativos de los miembros de la familia. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsible y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.^{15,18}

La familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas, desarrollo individual y familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia – crisis accidentales.¹⁵ Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una enfermedad crónica, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de

la familia, presentando un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.^{15,16,19,20}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la obesidad se ha convertido en una epidemia global, ya que alcanza proporciones que la definen como calamidad, pues afecta a personas de los cinco continentes.^{10,21}

De las 1,200 millones de personas que tienen problemas de sobrepeso y obesidad en el mundo, 80 millones son mexicanos.²²

Datos de la OCDE (Organización para la cooperación y desarrollo económico) colocan a México en segundo lugar de los países con mayor índice de obesidad en su población, siendo esta del 30%, superado únicamente por Estados Unidos de América con el 33.8%.²²

El exceso de peso también tiene implicaciones económicas para las personas y los países: las personas con obesidad ganan en promedio 18% menos, piden más incapacidades, tienden a ser menos productivos y gastan 25% más en su salud.²²

Los países de la OCDE emplean entre el 1 y 3 % de sus presupuestos de salud en atender enfermedades relacionadas con el sobrepeso.²²

En México, costaría 12 dólares por persona poner en marcha programas que ayudaran a mejorar la alimentación de la población, a fomentar la actividad física, y a convencer a los mexicanos de que comer bien y hacer ejercicio son opciones atractivas.²²

Aunque en los últimos tres años la epidemia de la obesidad creció a un ritmo más lento de lo que la OCDE esperaba el pronóstico a futuro es negativo. El organismo prevé que para 2020 dos de cada tres habitantes de los países que integran esta organización tendrán problemas de peso.²²

La obesidad y el sobrepeso están asociados a un incremento en el riesgo de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes Mellitus, enfermedades cerebrales y cardiovasculares, osteoartritis, desórdenes del sueño, cáncer (colon, mama, endometrio, vesícula, etc.) y desórdenes del sistema reproductor, entre muchas otras enfermedades. El riesgo para los obesos respecto a varios tipos de cáncer, y otras enfermedades, puede llegar a ser hasta dos veces mayor. Según la OMS el riesgo de diabetes tipo II se triplica entre las personas obesas, incrementando el riesgo de mortalidad en un 43%, además de que en México, se

estima que las personas de 60 años de edad con obesidad viven cuatro años menos en promedio, que las personas con peso normal.²³

El ENSANUT 2006 para la población hidrocálida señala que se cuenta con 68.5% de promedio de su población total obesa, con una media nacional de 69.8% traduciendo a que 7 de cada 10 adultos mayores de 20 años tienen algún grado de obesidad.²⁴

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROBLEMA

El modelo de la multideterminación de los trastornos alimenticios de Garfinkel y Garnel realizado en 1982 basado en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la obesidad señala que gracias a la evolución industrial y a la necesidad del individuo de ser competitivo, la revolución familiar será perpetuada en un futuro con cambios pocos favorecedores para la dinámica y relación familiar, interviniendo en ello la adaptabilidad y la cohesión. Esta industrialización lleva a nuevos procesos de individuación con afirmación del derecho individual sobre el familiar y énfasis en la realización personal sobre los intereses familiares. Existen demasiada flexibilidad en cambio de roles (demasiada flexibilidad en cuanto la adaptabilidad familiar) y la actividad física y los rituales al comer cambian drásticamente de ser una “comida en familia” cambia a comida rápida individualizada en tiempo y espacios fuera de casa, de ser actividad física en grupo, cambia a trabajo extenuante en oficinas con sedentarismo, llevando al individuo a una mala alimentación y obesidad sobreañadida.¹²

La presencia de obesidad afecta principalmente la autoestima de la persona. Se ha observado que la obesidad y el sobrepeso afectan la relación de pareja en 95% de los casos y en 80%, su vida sexual. También mostró que a 44.3% de los pacientes con sobrepeso u obesidad no les gusta su cuerpo, a 16% le da vergüenza mostrarlo, mientras que 14.5% no se siente deseado a la hora de hacer el amor con su pareja, (alteraciones directas en cuanto a cohesión familiar).²⁶ Lo anterior conlleva a la mala relación interpersonal entre los pilares de la familia, los esposos, causando por ende alteraciones directas en la cohesión y adaptabilidad familiar.^{26,27}

Otro de los factores asociados es que cada vez es más común que las mujeres que conviven en pareja se incorporen a actividades remuneradas, lo que ha ocasionado una redefinición de las funciones al interior de las familias, un mayor uso de las estancias infantiles y un menor tiempo de convivencia entre padres e hijos (baja cohesión, lo que también conlleva alteraciones en la adaptabilidad). Estas familias “modernas” han obligado a que los hijos permanezcan varias horas del día bajo la influencia de otras personas.²⁷

ARGUMENTO CONVINCENTE DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Se ha estudiado ampliamente el estado del subsistema conyugal en pacientes obesos y también hemos encontrado la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con diversas enfermedades, sin embargo, el campo de conocimiento sobre la cohesión y adaptabilidad en pacientes obesos muestra escasa información y además poco clara. Por lo que este estudio toma gran importancia para la descripción y análisis en cuanto a la comparación de cohesión y adaptabilidad en pacientes y no obesos.

DESCRIPCION DEL TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER

Mediante la realización de este estudio, se espera obtener el resultado del nivel de adaptabilidad y cohesión de pacientes con obesidad y sin obesidad para realizar una comparación entre ambos grupos de pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL USO DE ESTA INFORMACION O POSIBLES RESULTADOS PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Al término de la realización de este protocolo, mediante la aplicación de la escala de cohesión y adaptabilidad (FACES III) se obtendrá información muy valiosa sobre como se encuentra la cohesión y adaptabilidad familiar en aquellos pacientes con presencia de obesidad y sin la presencia de obesidad, resultados que nos permitirán identificar la existencia de alteración en estos rubros o no y hacia dónde se encuentran orientados ya sea hacia la cohesión o la adaptabilidad, lo cual nos permitirá posteriormente informar a las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

autoridades en las unidades de salud a las cuales pertenecen los pacientes, el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en el que se encuentran estas familias con el propósito de que puedan implementarse medidas de prevención y/o de intervención en aquellas que lo necesiten, lo que también dará lugar a la realización de estudios de investigación posteriores con dicha finalidad.

Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente **PREGUNTA DE INVESTIGACION:**
¿Cómo es la adaptabilidad y la cohesión en pacientes con obesidad atendidos en el servicio de medicina familiar de la UMF No. 1, comparada con la de aquellos sin obesidad?

7.2 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Sánchez y cols., en el año 2011 COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON HEMOGLOBINA GLUCOSILADA DE LOS PACIENTES DIABETICOS. Objetivo: relacionar la cohesión y adaptabilidad familiar con las concentraciones de hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Pacientes y método: en un estudio prospectivo, transversal y analítico se aplicó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) a pacientes diabéticos tipo 2 de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Se determinaron las concentraciones de hemoglobina glucosilada, se utilizó la prueba estadística de Kruskal-Wallis, con nivel designificado de 0.05, y se relacionaron las variables con el programa estadístico SPSS, versión 15.0. Resultados: muestreo por conveniencia de 205 pacientes. En cohesión familiar 40% de las familias fueron relacionadas; en adaptabilidad familiar 46.3% de las familias fueron caóticas. Por medio del modelo circunflejo se obtuvo que 22% de las familias se ubicaban en el límite extremo. En términos estadísticos, las concentraciones de hemoglobina glucosilada no se relacionaron significativamente con los límites de cohesión y adaptabilidad familiar. El tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento sí se relacionaron con el control metabólico, evaluado mediante las concentraciones de hemoglobina glucosilada ($p = 0.000$). Conclusiones: 69% de los pacientes diabéticos ha tenido regular y mal control metabólico, lo cual no se relaciona con la cohesión y adaptabilidad familiar.⁸

Camacho P. P. y cols. 2009. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON EN ADOLESCENTES. Objetivo: determinar el funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson a través de los componentes de cohesión y adaptabilidad que existe en el adolescente de 14 a 17 años en el Perú. Método: estudio descriptivo de corte transversal en la I.E.No.2053 (Francisco Bolognesi Cervantes) del distrito de Independencia, Lima. La población de estudio fue de 223 adolescentes, utilizaron la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). Resultados: el 54.71% de adolescentes presentó funcionamiento familiar de rango medio; según cohesión el 50.22% presentó rango bajo y según adaptabilidad el 55.61% presentó rango alto. Conclusiones: más de la mitad representa a la familia con un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros, causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parentales.⁹

Hernández y cols., en el año 2008. COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN SUJETOS OBESOS Y NO OBESOS. Objetivo: identificar la cohesión y adaptabilidad familiar del sujeto obeso y no obeso del Centro de Salud Regional de Capacitación “Tierra Colorada”. Métodos: se realizó un estudio observacional prospectivo transversal, comparativo. Mediante encuesta durante una entrevista personal a 346 sujetos, 173 obesos y 173 no obesos, con escala FACES III, durante 11 meses; de 12 a 45 años de edad, del Centro de Salud Regional de Capacitación “Tierra Colorada”, y que fuesen parte de una familia con hijos. Resultados: la media de cohesión fue 38.79 ± 7.22 en obeso y 38.35 ± 7.3 no obeso, correspondiendo a familia separada (rango moderado); la diferencia de medias poblacionales resultó con una z de -1.124 con valor crítico de 1.959 encontrándose que no hay estadísticamente diferencia significativa. La media de adaptabilidad de obesos fue 27.06 ± 5.87 y no obesos 25.7 ± 5.59 correspondiendo a flexible (rango moderado) en ambos grupos, la diferencia de medias poblacionales resultó en z -4.292 encontrándose diferencia estadísticamente significativa. En la adaptabilidad los obesos tienen 42% en nivel extremo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y 58% en medios (balanceados y moderados) a diferencia de no obesos con 33% de familias en nivel extremo y 67% en medios. La adaptabilidad familiar del no obeso es mejor que el obeso. En los 16 tipos familiares según FACES III, no hubo diferencia entre ambos grupos; encontrándose 14 a 15% desbalanceadas, 52% en rangos moderadamente funcionales y 33 a 34% en balanceados. Conclusiones: la tipología familiar final es semejante; sin embargo en adaptabilidad familiar existe diferencia, pues el nivel es menor en sujetos obesos, por lo tanto, se concluye que en las familias de los sujetos obesos el liderazgo y negociación es muy flexible, permitiendo que las reglas de la disciplina alimentaria sean constantemente violadas, a diferencia de las familias de sujetos no obesos en los que se aprecia que esta disciplina es más estructurada o “respetada”.⁷

Mendoza Solís y cols., en el año 2006 ANÁLISIS DE LA DINAMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA Objetivo: Determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención. Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación del subsistema conyugal y FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa, México, durante el periodo marzo 2003 – diciembre 2004, el análisis comparativo de los resultados se realizó a través de χ^2 . Resultados: Se incluyeron 103 diagnósticos de salud familiar, de acuerdo a la tipología familiar 82% fueron integradas, 82% nucleares, 51% tradicionales, 86% urbanas y 75% empleadas. Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, encontramos 52% de parejas funcionales, 39% de parejas moderadamente disfuncionales y 9% de parejas severamente disfuncionales. Los resultados del FACES III, revelaron 43% de familias en rango medio, 41% de familias balanceadas y 16% de familias extremas. La comunicación directa predominó en las familias balanceadas, mientras que enmascarada en las de rango medio y la desplazada en las extremas ($p= 0.0001$). En cuanto a los límites éstos fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y rígidos en las familias

extremas ($p = 0.00251$). Conclusiones: La comunicación directa, y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas.⁶

S. Cervera y col. 2005. CALIDAD DE VIDA Y DINÁMICA FAMILIAR TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. Objetivo: estudiar qué papel juega la dinámica familiar en la respuesta psicológica al cáncer de mama, tras el diagnóstico y en los primeros momentos del tratamiento. Método: realizada por el Programa de Investigación en Terapia Familiar (PRIN-TEF,) se ha desarrollado en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, estudio de casos y controles estudio multicéntrico. Se aplicaron 3 escalas GHQ-12, DAS y FACES III. Resultados: total 138 mujeres reclutadas y 445 controles. Un 50% de las pacientes con cáncer puntúan 3 ó más en el cuestionario GHQ; en el grupo control sólo un 7,6% de las mujeres presentan un nivel elevado de psicopatología. Las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). En el cuestionario de funcionamiento familiar FACES III, no existen diferencias significativas entre ambos grupos ni en cohesión familiar ($p = 0,151$) ni en adaptabilidad familiar ($p = 0,149$). En el cuestionario de ajuste conyugal DAS también existen diferencias significativas entre ambos grupos en las cuatro subescalas y en el ajuste total. Conclusiones: Tras el diagnóstico del cáncer, también se produce un empeoramiento en la relación conyugal, lo que se manifiesta en una disminución del consenso, satisfacción y expresión emocional en el cónyuge, a la vez que aumenta el grado de cohesión diádica. En el primer mes tras el diagnóstico del cáncer de mama, en la familia de la paciente no se detecta una alteración en las características estructurales como son la cohesión y la adaptabilidad.⁵

Zegers y cols., en el año 2003 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA VERSION ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR DE OLSON, RUSELL Y SPRENKLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA POBLACION CHILENA. Objetivo: estimar la confiabilidad y la validez de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) en su versión FACES III de Olson, Russell & Sprenkle, validada por

Polaino-Lorente & Martínez Cano, para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Método. Muestra constituida por 255 padres y madres pertenecientes a 151 familias seleccionadas al azar en el Gran Santiago. Resultados. El estudio muestra la validez y la confiabilidad de la versión española de la FACES III. En efecto, el coeficiente alpha de Cronbach obtenido fue de 0,55 considerado aceptable. La validez de constructo fue estimada a partir del análisis factorial de los componentes principales, encontrándose los mismos dos factores identificados en la escala original. Cuando se realiza un análisis factorial de 2º orden, se obtiene una validez explicada de 47,67%.⁴

A. González Pineda y cols., en el año 2003 ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR, IMPLICACION PARENTAL EN CONDUCTAS AUTORREGULATORIAS, AUTOCONCEPTO DEL ESTUDIANTE Y RENDIMIENTO ACADEMICO Objetivo: analizar la relación existente entre la adaptabilidad y la cohesión familiar, así como la conducta autorregulatoria de los padres en relación a su comportamiento con los hijos, en general, y en su implicación en el ámbito del estudio, en particular. Estudiar el tipo de relación que tales variables familiares mantienen con diferentes dimensiones del autoconcepto de los hijos y con su rendimiento académico. Método: muestra de 163 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria que han complementado tres escalas (FamilyAdaptability and Cohesion Evaluation Scales, Parental Inducement of Self-Regulation y Self-Description Questionnaire-II). Resultados: la percepción que los hijos tienen sobre el grado de implicación de los padres en comportamientos característicos autorregulatorios influye significativamente sobre las diferentes dimensiones que el estudiante tiene sobre sí mismo (privada, social, académica), que este tipo de percepción se encuentra escasamente relacionada con las características de adaptabilidad y cohesión familiar, finalmente, que la dimensión académica del autoconcepto predice positiva y significativamente el rendimiento académico, mientras que la dimensión social lo predice negativamente.³

7.3JUSTIFICACION

La familia es el principal pilar de la sociedad, su integración, cohesión y adaptabilidad son la pauta para el crecimiento y desarrollo de una comunidad.

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a alguna enfermedad; mientras la adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.

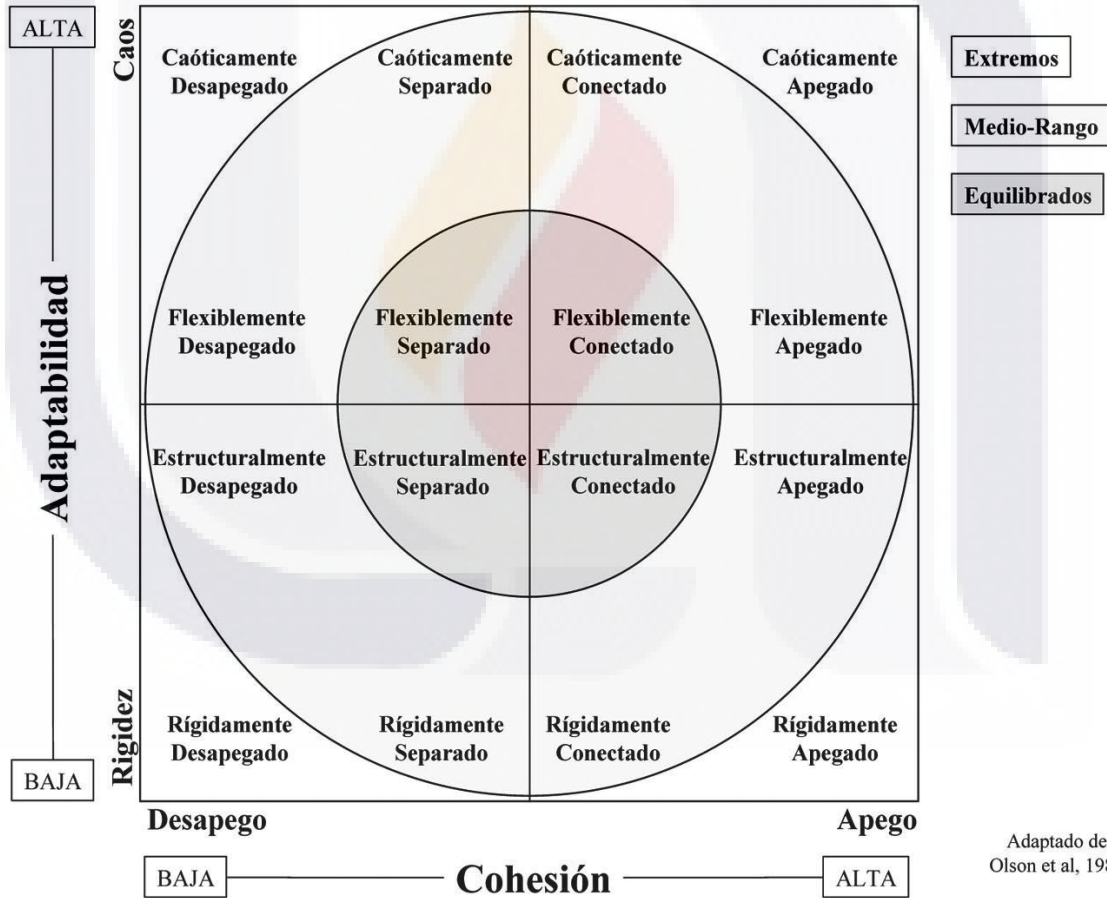
Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo crónico, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.

Puntos tan importantes, la cohesión y adaptabilidad, han sido estudiados en múltiples patologías crónicas pero no existen estudios en la literatura en donde describan claramente como se encuentra la cohesión y adaptabilidad familiar en una de las patologías crónicas que han cobrado mayor número de diagnósticos en los últimos años: LA OBESIDAD. Por lo que con este estudio se pretende comparar estos rubros tan significativos en pacientes obesos y no obesos.

7.4 MARCO TEORICO

Son pocos los instrumentos que evalúan la cohesión y adaptabilidad familiar y que estén respaldados por modelos teóricos suficientemente consolidados.²⁸

Desde los años 70, hace casi treinta años, se desarrollaron algunos de estos modelos teóricos, entre los cuales destaca el modelo Circumplejo de Olson, Sprenkle y Russell (1979). Es uno de los enfoques más respetados por su construcción conceptual, su respaldo empírico y por su constante crítica y desarrollo. Este modelo sistémico consta de tres dimensiones: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, siendo las dos primeras representadas gráficamente (Figura 1) y estando compuestas, cada una de ellas, por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988).^{28,29}



Adaptado de Olson et al, 1989

FIGURA 1: Modelo Circumplejo de funcionamiento familiar. (Olson 1989).

Los conceptos vinculados con la cohesión serían los siguientes: los lazos familiares, la implicación familiar, las coaliciones padres-hijos, las fronteras internas y externas. Por su

parte, los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: el liderazgo, la disciplina, la negociación, los roles y las reglas. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son constructos curvilíneos, lo cual implica que los niveles extremos son los menos funcionales frente a los niveles centrales. Por su parte, la comunicación es una dimensión facilitadora cuya relación con la cohesión y adaptabilidad es lineal, es decir, a mejor comunicación familiar mejor cohesión y adaptabilidad. Entre los conceptos considerados en esta dimensión se encuentran: la empatía y escucha activa por parte del receptor, las habilidades del emisor, la libertad de expresión, la claridad de expresión, la continuidad y el respeto y la consideración.²⁸

Utilizando este modelo que creó la escala FACES (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) un instrumento de autoinforme desarrollado en 1978 por Olson, Bell y Portner, en su primera versión y que ha dado lugar posteriormente a otras tres versiones: el FACES II (Olson, Portner y Bell, 1982), el FACES III (Olson, Portner y Lavee, 1985) y el FACES IV (Olson, Tiesel, Gorall y Fitterer, 1996, Olson, Gorall2006; Olson, Gorall y Tiesel, 2006,2007), este último tratando de incorporar las últimas modificaciones del modelo circumplejo. Posteriormente se desarrolla una escala abreviada del FACES, adaptada al español y que recogiese las dimensiones propuestas desde el modelo. El resultado fue una versión denominada FACES-20Esp (Martínez- Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006). Esta última escala en cuanto a dimensión de cohesión, recoge las áreas que valoran tanto los lazos emocionales, como las fronteras internas (espacio y tiempo) y las fronteras externas (toma de decisión e intereses y diversión). Los ítems de la dimensión de adaptabilidad abarcan los conceptos de asertividad, liderazgo y control, disciplina y negociación.^{28,30}

La "cohesión familiar" es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja),

separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). La cohesión 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 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 conectada o unida, 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. Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, 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.⁴

La "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad 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 adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.⁴

La "comunicación familiar" es el tercer concepto, considerándosela una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación positiva descritas son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas son: doble vínculo, doble mensaje y críticas. Reducen la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones. Los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad. Se establece que si se introducen cambios en estas estrategias, también es posible modificar el tipo de cohesión y de adaptabilidad. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.⁴

A partir del Modelo Circumplejo los niveles centrales (cohesión separada y conectada) son los más viables, considerándose problemáticos los niveles extremos (cohesión desvinculada y enmarañada). Los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para el matrimonio y la familia. Los extremos (rígida y caótica) son los más problemáticos. La mayoría de parejas y familias que buscan tratamiento, se encuentran en uno de estos niveles extremos⁴.

Relacionando las variables de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell & Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), suele haber también un estilo de comunicación mutuamente asertivo, éxito en las negociaciones, un liderazgo más o menos igualitario, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, y roles y reglas compartidos, siendo aquellos más explícitos que implícitos. Por contraposición, los sistemas familiares con más alteraciones en tanto cohesión y adaptabilidad se sitúan en los extremos de esta dimensión. Este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital. Desde la perspectiva del Modelo Circumplejo se establece que un sistema adaptativo y equilibrado requiere del balance entre los dos procesos antes mencionados: morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad).⁴

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas.

Sistema: Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un fin determinado. Se destacan la interacción y el orden a una finalidad.

Si se toma a la “teoría general de sistemas”, bajo la concepción de Von Bertalanffy, caracteriza al sistema por un estado estable, dinámico, que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación. La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. La familia es un sistema abierto y por lo tanto, en continua transformación, viviendo cambios y modificaciones que son distintos en cada momento.³¹

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.³²

Según las guías de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de sobrepeso y obesidad en el adulto del IMSS del 2008 toman como referencia los datos antes mencionados de la OMS para el diagnóstico de obesidad y sobrepeso.³³

Según la OMS la clasificación del sobrepeso y obesidad es la siguiente: (figura 1)³⁴

Clasificación	IMC (kg / m ²)	
	Principales puntos de corte	Otros puntos de corte
Bajo peso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 a 16,99	16,00 a 16,99
Delgadez leve	17,00 a 18,49	17,00 a 18,49
Rango normal	18,50 a 24,99	18,50 a 22,99
		23,00 a 24,99
Sobrepeso	≥ 25.00	≥ 25.00
Pre-obesas	25,00 a 29,99	25,00 a 27,49
		27,50 a 29,99
Obeso	≥ 30.00	≥ 30.00
Clase I obesos	30,00 a 34,99	30,00 a 32,49
		32,50 a 34,99
Obesidad de tipo II	35,00 a 39,99	35,00 a 37,49
		37,50 a 39,99
Obesidad clase III	≥ 40.00	≥ 40.00

Fuente: Adaptado de la OMS de 1995, la OMS, 2000 y OMS 2004.

Figura 1: Clasificación de obesidad según la OMS

7.5HIPOTESIS:

H_O La cohesión y adaptabilidad no es diferente entre pacientes con obesidad y en aquellos sin obesidad.

H_A La cohesión y adaptabilidad sí es diferente entre pacientes con obesidad y en aquellos sin obesidad.

7.6OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar la adaptabilidad y cohesión en pacientes con obesidad atendidos en el servicio de medicina familiar de la UMF No. 1, y en aquellos sin obesidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar a la población en estudio.
2. Determinar el grado de obesidad de las personas encuestadas

3. Examinar la cohesión y adaptabilidad en pacientes con obesidad.
4. Examinar la cohesión y adaptabilidad en pacientes sin obesidad.

7.7METODOLOGIA

Se pretende realizar el proyecto en un lapso de aproximadamente un año, desde que se inició el tema a elegir hasta la finalización del proyecto. Cada una de las etapas se encuentra plasmada en el cronograma de actividades (Anexo A) y serán supervisadas estrechamente por el asesor.

a) LOGISTICA

Posterior a la aceptación por el consejo de investigadores de la realización de este proyecto se pretende acudir a la Unidad de Medicina Familiar no. 1 delegación Aguascalientes, se pedirá autorización al director de la unidad y el apoyo del jefe de clínica para el abordaje de pacientes en el al área de consulta externa donde se escogerán a los pacientes de manera aleatoria que se presenten en el periodo comprendido de octubre del año 2012 a enero del 2013. Se les comentara sobre su inclusión como sujetos de estudio en el análisis comparativo de este estudio, se les explicara de que se trata el estudio y que finalidad tiene, si el paciente acepta se le pedirá firme la carta de consentimiento informado que se le proporcionará posterior a su lectura. Subsiguientemente proseguiremos a la medición de su talla y peso para calcular su IMC para determinar si el paciente es obeso y que grado de obesidad tiene o si no tiene obesidad. Se le pedirá que conteste de la manera más correcta y completa la lista de cotejo y el cuestionario FACES III de 20 ítems en español. Se le agradecerá por su participación. Durante cada aplicación de cuestionario se verificara su correcto llenado y si cumple con los criterios de inclusión así se verá si será incluido en el estudio o será depurado. Se dispondrá la información para la base de datos la cual será vaciada de forma manual y numéricamente, se realizarán los cálculos necesarios para la realización de este proyecto.

b) PLAN DE ANALISIS

Para el procesamiento de datos se usará el programa estadístico SPSS v. 20. Para las variables en escalas continuas se usará promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes. Para la comparación de las variables categóricas se usará χ^2 y/o prueba exacta de Fisher y para las numéricas continuas t Student o U de Mann-Whitney de acuerdo a su distribución bajo la curva. Se tomará como significativo el valor de $p < 0.05$.

c) TIPO DE DISEÑO

Transversal, comparativo, descriptivo.

d) POBLACION DE ESTUDIO

UNIVERSO: Todos los pacientes con diagnóstico de obesidad.

UNIDAD DE OBSERVACION: pacientes con obesidad y sin ésta.

POBLACION BLANCO: pacientes con diagnóstico de obesidad y sin obesidad atendidos en el servicio de medicina familiar de la UMF No. 1 delegación Aguascalientes.

UNIDAD DE ANALISIS: pacientes con diagnóstico de obesidad atendidos en el servicio de medicina familiar de la UMF No. 1 delegación Aguascalientes y sin ésta.

e) CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LA POBLACION**• INCLUSION:**

-Pacientes con diagnóstico de obesidad que acudan al servicio de medicina familiar de la UMF No. 1 Aguascalientes.

-Pacientes no obesos en igual número al que se obtenga de pacientes con obesidad

-Pacientes mayores de 18 años que pertenezcan a una familia con hijos.

-Aquellos que acepten participar en el estudio.

-Que firmen la carta de consentimiento informado.

- **EXCLUSION:**

-Pacientes que no llenen en su totalidad los cuestionarios

- **ELIMINACION:**

-No habrá criterios de eliminación.

f) TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará un muestreo por conveniencia, no será necesario realizar cálculo del tamaño de la muestra, ya que se incluirán a todos aquellos pacientes con obesidad que se presenten en el servicio de medicina familiar de la UMF no. 1 y que acepten participar en el estudio en el periodo comprendido de octubre del año 2012 a enero del 2013.

g) OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

OBJETIVO	CONCEPTO	VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ITEM	ESCALA
Comparar la adaptabilidad y cohesión en pacientes con obesidad y en pacientes sin obesidad	Determinación de la diferencia de la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y también de cambiar su estructura de poder, relaciones	Cohesión familiar: como la ligazón emocional que los miembros de una familia	a) <u>desvinculada (muy baja) o desprendida</u> 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.	Cualitativa ordinal, usando una escala tipo Likert	1 3 5 7 9 11 13	1= nunca 2= casi nunca 3= algunas veces 4= casi siempre

<p>atendidos en el servicio de medicina familiar de la UMF no. 1 delegación Aguascalientes.</p>	<p>de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo entre pacientes que tienen obesidad y los que no presentan obesidad.</p>	<p>tienen entre si.</p> <p>Adaptabilidad familiar: capacidad de un sistema familiar de cambiar su</p>	<p>b) <u>separada (baja a moderada)</u> 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.</p> <p>c) <u>conectada (moderada a alta) o unida</u>, 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.</p> <p>d) <u>enmarañada (muy alta) o enredada</u>, 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.</p> <p>a) <u>rígida (muy baja)</u> alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.</p>	<p>15 17 19</p> <p>2 4 6 8 10</p> <p>Cualitativa ordinal</p>	<p>5= siempre</p> <p>1= nunca 2= casi nunca 3= algunas veces</p>
---	---	--	--	--	--

		<p>estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.</p>	<p>b) <u>estructurada (baja a moderada)</u> 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.</p> <p>c) <u>flexible (moderada a alta)</u> A un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.</p> <p>d) <u>caótica (muy alta)</u> se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.</p>		<p>12</p> <p>14</p> <p>16</p> <p>18</p> <p>20</p>	<p>4= casi siempre</p> <p>5= siempre</p>
		<p>Obesidad:</p>	<p>acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud que se mide a través del índice de Masa Corporal (IMC), indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²)</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>M-peso</p> <p>N-talla</p>	<p>normal</p> <p>18.5-24.9</p> <p>sobrepeso</p> <p>o</p> <p>=>25</p> <p>Pre-obeso</p> <p>25-29.9</p> <p>Grado I</p> <p>30-34.9</p> <p>Grado II</p> <p>35-39.9</p> <p>Grado III</p> <p>>=40</p>

La operacionalización de las variables se vuelve a incluir en la sección de anexos. Anexo B.

h) PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION

Para iniciar con la recolección de la información se utilizarán el cuestionario validado: Faces III que contiene 20 ítems, además de una lista de cotejo para la caracterización de la población en estudio. Anexo C. Todas las preguntas contenidas en esta lista serán explicadas por el investigador hacia el paciente de manera clara y sencilla para que éste pudiera responder luego de haber firmado la carta de consentimiento informado.

INSTRUMENTOS:

FACES III

Valora por medio de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y cohesión familiar. Para ello, las preguntas no son destinadas a la cohesión, y las pares, a la adaptabilidad; para una mejor interpretación, los resultados numéricos de este instrumento se cotejan con el sistema circunflejo de Olson. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: equilibradas, medias y extremas.^{35,36}

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. La escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas que destacan los autores es que con FACES III se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad).^{37,38}

Se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. En México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor FACES III en español es

fiable (70%) y válido.¹⁴

i) ASPECTOS ETICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

j) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para poder participar en el estudio, los pacientes deberán firmar la carta de consentimiento informado donde se les explica el motivo y las consecuencias de su participación. Anexo D.

k) RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Investigador principal

Asesor teórico-metodológico

RECURSOS TECNOLOGICOS

Computadora personal

Impresora

Conexión a internet

Programas de software (word, power point, programas estadísticos SPSS 20)

RECURSOS MATERIALES

Fotocopias

Equipo de oficina

Cartuchos de tinta para computadora

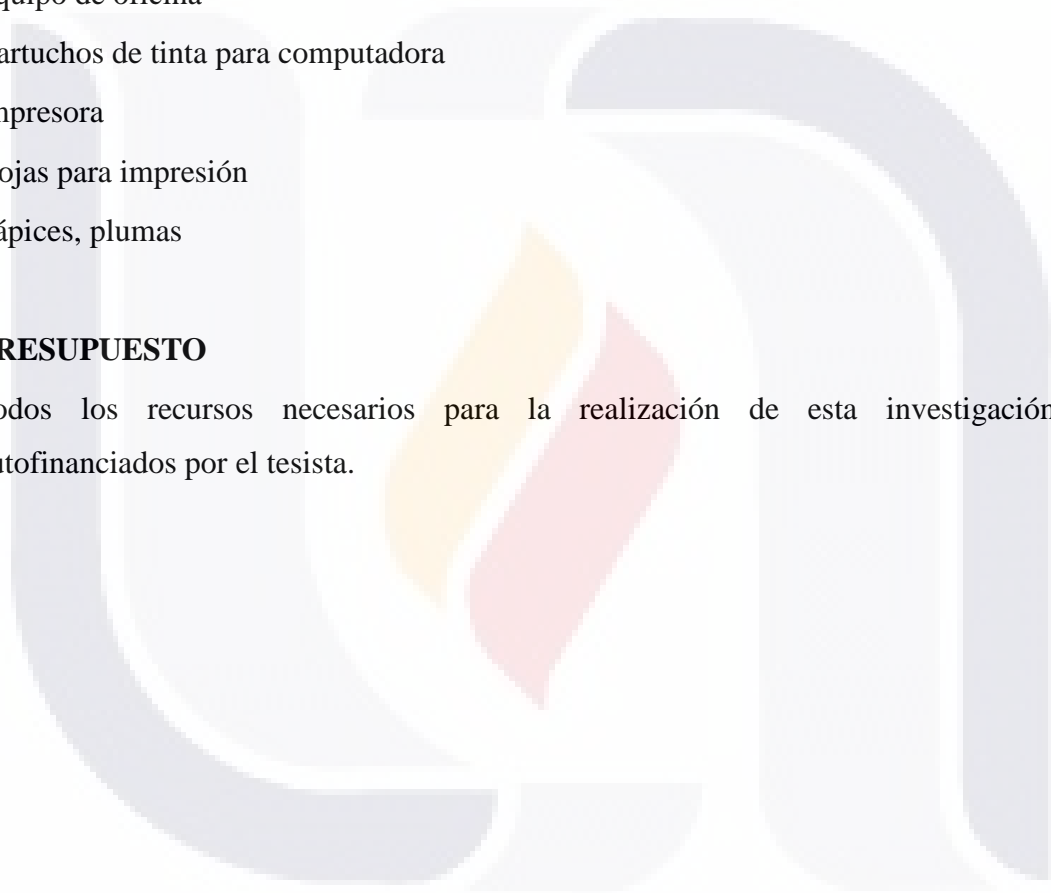
Impresora

Hojas para impresión

Lápices, plumas

PRESUPUESTO

Todos los recursos necesarios para la realización de esta investigación serán autofinanciados por el tesista.



8.RESULTADOS

Se incluyeron un total de 200 personas para este estudio, 100 de ellas con un IMC <30 (siendo el grupo de no obesos) y las 100 restantes con IMC =>30 (grupo de obesos).

La edad media encontrada en ambos grupos fue de 41 años, con una mínima de 18 años y una máxima de 84 años.

En cuanto al género se encontró que en el grupo de obesos 65% fueron mujeres y 35% hombres; en el grupo de no obesos 64% fueron mujeres y 36% hombres.

El estado civil de las personas participantes en su mayoría es de casados, 71 personas del grupo de obesos y 74 personas del grupo no obesos, mientras que 24 pacientes del grupo de obesos y 22 pacientes del grupo de no obesos se encuentran en unión libre. Solo una persona divorciada del grupo de no obesos; con otra situación civil 5 personas del grupo de obesos y 3 personas del grupo de no obesos.

Lo que respecta a la ocupación se encontró lo siguiente: del grupo de obesos 48 personas se dedican al hogar y personas empleadas u obreros se reportan 49. En el grupo de los no obesos 45 personas se dedican al hogar, 45 personas son empleados u obreros, 1 persona es campesino y 1 persona tiene otro tipo de ocupación.

La escolaridad encontrada en nuestra población en estudio nos arroja lo siguiente: del grupo de obesos 1 persona es analfabeta, 8 personas cuentan con primaria incompleta, 3 personas con primaria completa, 29 con escolaridad de secundaria, 34 con preparatoria y 25 son profesionistas. En cuanto al grupo de no obesos encontramos 1 persona analfabeta, 12 con primaria incompleta, 10 con primaria completa, 34 con escolaridad de secundaria, 28 con preparatoria y 15 personas son profesionistas.

La principal religión que practica nuestra población estudiada es la católica, encontrándose 93 personas del grupo de obesos y 96 de no obesos, mientras que 7 y 4 personas del grupo de obesos y no obesos respectivamente, practican otra religión.

En cuanto a la estructura familiar encontramos que en el grupo de pacientes obesos 69 presentan familia tipo nuclear, 22 pacientes presentan familia ampliada, 1 paciente con familia compuesta y 8 personas con familia tipo extensa.

En el grupo de no obesos se recabaron los siguientes datos 69 pacientes con familiar tipo nuclear, 26 pacientes con familia tipo ampliada, 1 paciente con familia tipo compuesta y 3 pacientes con familia tipo extensa.

Se les interrogó sobre enfermedades o patologías asociadas, encontrando que en el grupo de obesos 61 personas no presentaban ninguna otra enfermedad, 12 personas son portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2(DM), 14 personas portadoras de Hipertensión Arterial(HTA), 4 personas con Hipotiroidismo asociado, 1 persona cardiópata, 3 personas cuentan con una asociación de Diabetes-Hipertensión, 4 personas portadoras de pluripatologías (portadoras de más de 3 patologías) y 1 persona reportó tener otro tipo de enfermedad asociada. En el grupo de no obeso se encontró que 65 personas no tienen ninguna otra enfermedad, 12 personas portadoras de DM, 12 personas con HTA, 1 persona con Hipotiroidismo, 4 personas con asociación de DM-HTA, 4 personas con pluripatologías y 2 personas que reportaron tener otro tipo de enfermedad asociada.

Todas las características socioeconómicas y culturales se resumen en la tabla No. 1.

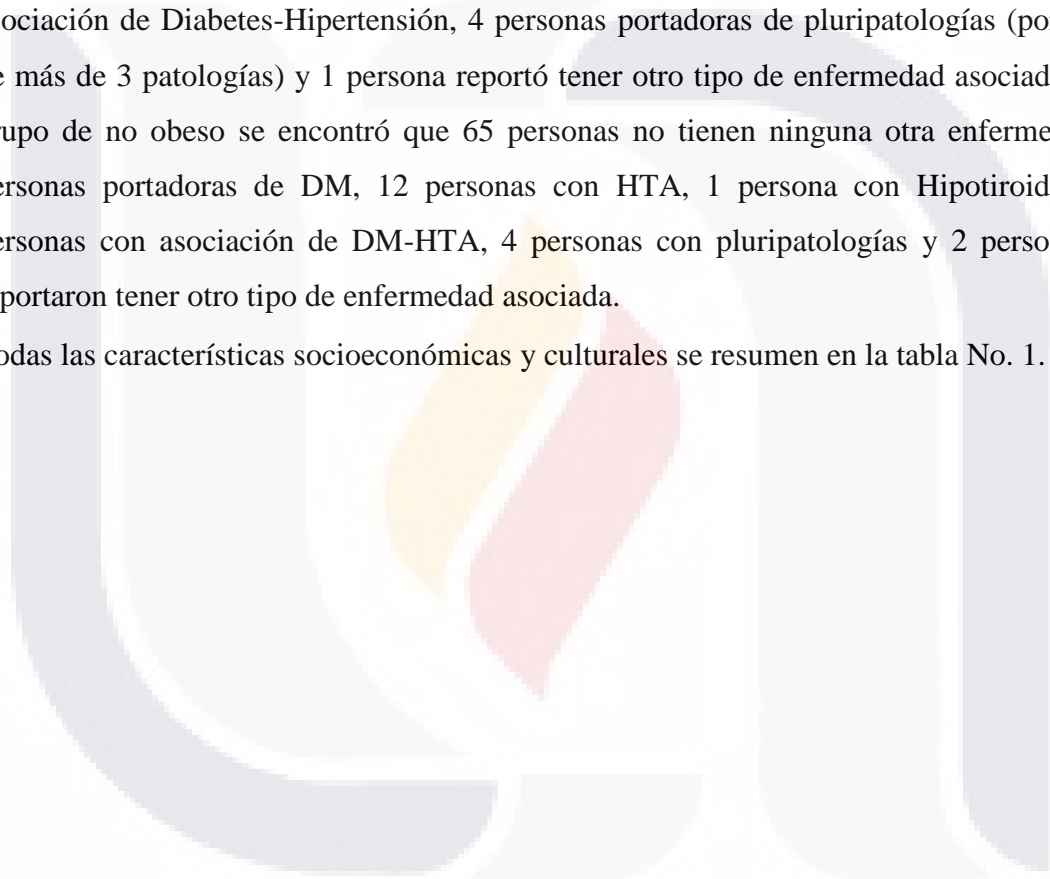


Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

VARIABLE	OBESOS n=100 (%)	NO OBESOS n=100 (%)
Edad		
Mediana	41	41.87
(min-máx)	18-84	18-84
Género		
Femenino	65	64
Masculino	35	36
Estado civil		
Soltero	0	0
Casado	71	74
Unión libre	24	22
Divorciado	0	1
Otro	5	3
Ocupación		
Hogar	48	45
Empleado/obrero	49	45
Campesino	0	1
Ganadero	0	0
Otro	0	1
Escolaridad		
Analfabeta	1	1
Primaria incompleta	8	12
Primaria completa	3	10
Secundaria	29	34
Preparatoria	34	28
Profesional	25	15
Religión		
Católico	93	96
Otro	7	4
Estructura familiar (INEGI)		
Nuclear	69	69
Ampliado	22	26
Compuesto	1	1
Extenso	8	3
Enfermedades asociadas		
Ninguna	61	65
Diabetes	12	12
Hipertensión	14	12
Hipotiroidismo	4	1
Cardiopatías	1	0
Diabetes e hipertensión	3	4
3 o más	4	4
Otras	1	2

La actividad física que presentan nuestros sujetos de estudio fue la siguiente: 48 personas obesas y 31 personas no obesas son sedentarias, 50 pacientes obesos y 55 no obesos dicen realizar diariamente actividades físicas en grado leve, 2 personas obesas y 14 no obesas reportan realizar actividades en grado moderado y ninguna se dijo ser deportista.

El peso encontrado en nuestros pacientes fue lo siguiente: en el grupo de obesos una media de 92.16 kg. con un peso mínimo de 71 kg. y un peso máximo de 138 kg. En el grupo de no obesos se encontró una media de 64.06 kg. con un peso mínimo de 48 kg. y un peso máximo de 89 kg.

En cuanto a la estatura se encontró que en el grupo de obesos la media fue de 1.65 con estaturas que oscilan entre 1.50 m. como estatura mínima y 1.84m. como estatura máxima. En el grupo de no obesos la media de estatura fue de 1.67 con estaturas entre 1.50m. como mínima y 1.93 m. como estatura máxima.

El IMC (índice de masa corporal) calculado en nuestros pacientes fue: en los pacientes obesos con una media de 33.65, con un IMC mínimo de 30.04 y un máximo de 47.25. En los pacientes no obesos se encontró un IMC con una media de 22.81, con mínima de 19.48 y máximo de 24.91. (Tabla 2)

Tabla 2. Actividad física y características físicas de la población.

Actividad Física		
Sedentario	48	31
Leve	50	55
Moderado	2	14
Deportista	0	0
Peso		
Mediana	92	64
(min-máx)	71-138	48-89
Talla		
Mediana	1.65	1.67
(min-máx)	1.50-1.84	1.50-1.93
IMC		
Mediana	33.65	22.81
(min-máx)	30.04-47.25	19.48-24.91

Al realizar la comparación en cuanto a cohesión y adaptabilidad para ambos grupos de sujetos de estudio se encontró lo siguiente: (Tabla 3)

Tabla 3. Comparación de cohesión y adaptabilidad en ambos grupos

	Obesos n=100(%)	No obesos n=100(%)	P
Cohesión Desligada	48(48)	5(5)	0.000
Cohesión Separada	35(35)	16(16)	0.002
Cohesión Conectada	16(16)	60(60)	0.000
Cohesión Enmarañada	1(1)	19(19)	0.000
Adaptabilidad caótica	27(27)	38(38)	NS
Adaptabilidad flexible	20(20)	34(34)	0.026
Adaptabilidad estructurada	36(36)	29(29)	NS
Adaptabilidad Rígida	17(17)	0(0)	0.000

-Cohesión desligada: 48 pacientes obesos (48%) y 5 pacientes no obesos (5%) con una diferencia estadísticamente significativa (P=0.000).

-Cohesión separada: 35 sujetos obesos (35%) y 16 personas no obesos (16%) con una diferencia estadísticamente significativa (P=0.002).

-Cohesión conectada: 16 sujetos obesos (16%) y 60 no obesos (60%) con una diferencia estadísticamente significativa (P=0.000).

-Cohesión enmarañada: 1 persona obesa (1%) y 19 pacientes no obesos (19%) con una diferencia estadísticamente significativa (P=0.000).

-Adaptabilidad caótica: 27 personas obesas (27%) y 38 personas no obesos (38%) sin diferencia estadísticamente significativa (P=0.097).

-Adaptabilidad flexible: 20 pacientes obesos (20%) y 34 pacientes no obesos (34%) con una diferencia estadísticamente significativa ($P=0.026$).

-Adaptabilidad Estructurada: 36 sujetos obesos (36%) y 29 personas no obesas (29%), sin diferencia estadística significativa ($P=0.291$).

-Adaptabilidad Rígida: 17 personas obesos (17%) y ninguna persona no obesa (0%) con una diferencia estadísticamente significativa ($P=0.000$).

9.DISCUSION

Es necesario señalar que en el mundo y en México se han publicado pocos estudios que exploren la disfunción de la dinámica familiar como un factor de riesgo *per se* para el desarrollo de obesidad.²⁷

En la realización de este estudio encontramos que la edad media fue mayor en pacientes no obesos que en pacientes obesos. Otros autores en México muestran que el crecimiento en el número de personas obesas entre el año 2000 y el año 2010 fue del 46% entre personas de 35 años y más, sin embargo está aumentando cada vez más la obesidad en los pacientes jóvenes. (Villa et al., 2004).²³

En cuanto al género se encontró que la mayoría de personas obesas fueron mujeres como lo descrito por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) en donde hallaron que en personas mayores de 20 años, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%)²⁶, confirmado por otros autores²³.

El estado civil de casados fue mayor en no obesos que en obesos. Según García (2008), en una encuesta llamada “Enciende la luz” reveló que la obesidad y el sobrepeso afectan la relación de pareja en 95% de los casos y en 80%, su vida sexual. Afirma que las mujeres que tienen un incremento de masa corporal mayor que 30manifiestan sentimientos de miedo y temores al rechazo de la pareja, asimismo que aparentemente el grado de obesidad influye directamente en las relaciones interpersonales.²⁵

Hablando de la ocupación de nuestros sujetos de estudio se encontró que la mayoría de los pacientes se dedican a ser empleados/obreros de primera instancia seguidos de ama de hogar en los obesos mientras en los no obesos estas dos actividades fueron las principales sin diferencias. Como han descrito los autores el trabajo extradoméstico, en realidad es una

fuerte limitante para la adopción de buenos hábitos saludables, lo que contribuye, en muchas de las veces, a que se descuide la persona tanto en su desarrollo personal como en lo nutritivo, aunado a ello, se encuentra también el estrés acumulado por la doble jornada de trabajo.^{10,12,25}

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que la escolaridad es mayor en los obesos (preparatoria) que en los no obesos (secundaria). A diferencia de lo encontrado en la literatura que menciona que la escolaridad de la mujer y el acceso a la información se relacionan inversamente con el riesgo de presentación de obesidad, en otras palabras la protección a la obesidad se orienta hacia una mejor educación y acceso a la información.³⁹

La religión de nuestros pacientes en su mayoría es católica, con mayor número en pacientes no obesos, pero ninguno de los 200 pacientes incluidos en este estudio negó tener religión. Un nuevo estudio ha encontrado que los adultos jóvenes que suelen asistir a las actividades religiosas son un 50 por ciento más propensos a ser obesos a mediana edad en comparación con aquellos que no participan en los eventos religiosos.⁴⁰

En cuanto a la estructura familiar según el INEGI⁴¹ no se encontró diferencia en ambos grupos, la mayoría de sus integrantes cuentan con familias de tipo nuclear, a diferencia de lo descrito en la nueva literatura donde habla que en México, como país emergente, es cada vez más común observar familias no nucleares (extensas, compuestas, monoparentales, etcétera), donde seguramente se están generando problemas disfuncionales o causantes de estrés entre sus integrantes, que podrían incrementar la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la nutrición.²⁷

Se interrogó sobre enfermedades asociadas donde se encontró que en pacientes obesos la principal enfermedad presente es Hipertensión Arterial seguida de Diabetes Mellitus tipo 2, siendo las mismas enfermedades presentes primordialmente en los pacientes no obesos pero en menor escala. Gutierrez-Fisac desde 1998 afirman que la obesidad trae como consecuencias las enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, actualmente se señala que la obesidad, y en particular la abdominal es el más importante factor de riesgo de la diabetes de tipo II. El riesgo de padecer enfermedades crónicas asociadas se duplica en los que tuvieron exceso de peso en la niñez y es aún mayor si éste se mantuvo en la adolescencia.^{10,23,25}

En cuanto a la actividad física se encontró que la mayoría de los obesos son sedentarios y la mayoría de los no obesos realizan actividad física diaria de tipo leve. Diversos estudios confirman que la obesidad es una enfermedad multifactorial que está relacionada con los estilos de vida de cada persona como el sedentarismo que cada vez contribuye más a que las personas gasten menos energía.^{10,25}

En nuestro estudio encontramos que la cohesión de los pacientes obesos fue de tipo desligada (rango extremo) con un 48%, mientras en los pacientes no obesos de tipo conectada (rango medio) con un 60% ambas estadísticamente significativas ($P=0.000$). Lo que traduce que la cohesión del no obeso es mejor que la del obeso. Esto difiere de lo encontrado por Hernández CE y cols., en un estudio similar a este donde señalan que la cohesión en ambos grupos de pacientes es de tipo separada (rango medio) sin ser estadísticamente significativa para ellos.⁷ Otros autores argumentan que la etiología de la obesidad es multifactorial y en ella influyen factores genéticos y ambientales que condicionan un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía. Señalando que entre los factores ambientales, la convivencia en el seno familiar y alteraciones en la ligazón emocional podría favorecer el desarrollo de obesidad al propiciar estilos de vida poco saludables entre sus integrantes, en ocasiones favoreciendo un franco ambiente “obesógeno”²⁷

En este estudio se encontró que la adaptabilidad de los pacientes obesos es principalmente de tipo estructurada (rango medio) con 36% y en los pacientes no obesos la mayoría tiene cohesión de tipo caótica (rango extremo) con 38% ambas sin significancia estadística ($P=0.291$ y $P=0.097$). A diferencia de lo encontrado en el trabajo de Hernández CE. Y cols. donde describe a ambos grupos de pacientes en adaptabilidad de tipo flexible (rango medio)⁷ Por lo que señalan que la adaptabilidad del no obeso es mejor que la del obeso y concluyen que en las familias de los sujetos obesos el liderazgo y negociación es muy flexible, permitiendo que las reglas de la disciplina alimentaria sean constantemente violadas, a diferencia de las familias de sujetos no obesos en los que se aprecia que esta disciplina es más estructurada o respetada. La diferencia en estos resultados puede ser explicada por el tipo de población utilizada pues es diferente en cada estudio, Hernández CE y cols. aplican el instrumento FACES III para la comparación de cohesión y

adaptabilidad en obesos y no obesos en pacientes que sean miembros de una familia con hijos (rangos de edad de 12 a 45 años) mientras nosotros aplicamos a pacientes mayores de 18 años con hijos (se aplico únicamente a los padres de familia).

10.LIMITACIONES

Al realizar este estudio se tuvieron las siguientes limitaciones:

-Tiempo en la realización del estudio puesto que existen muchos pacientes obesos dentro de la población atendida en la UMF no. 1 delegación Aguascalientes. Pudiéndose considerar la realización de un estudio posterior a largo plazo y con mayor número de integrantes.

11.RECOMENDACIONES

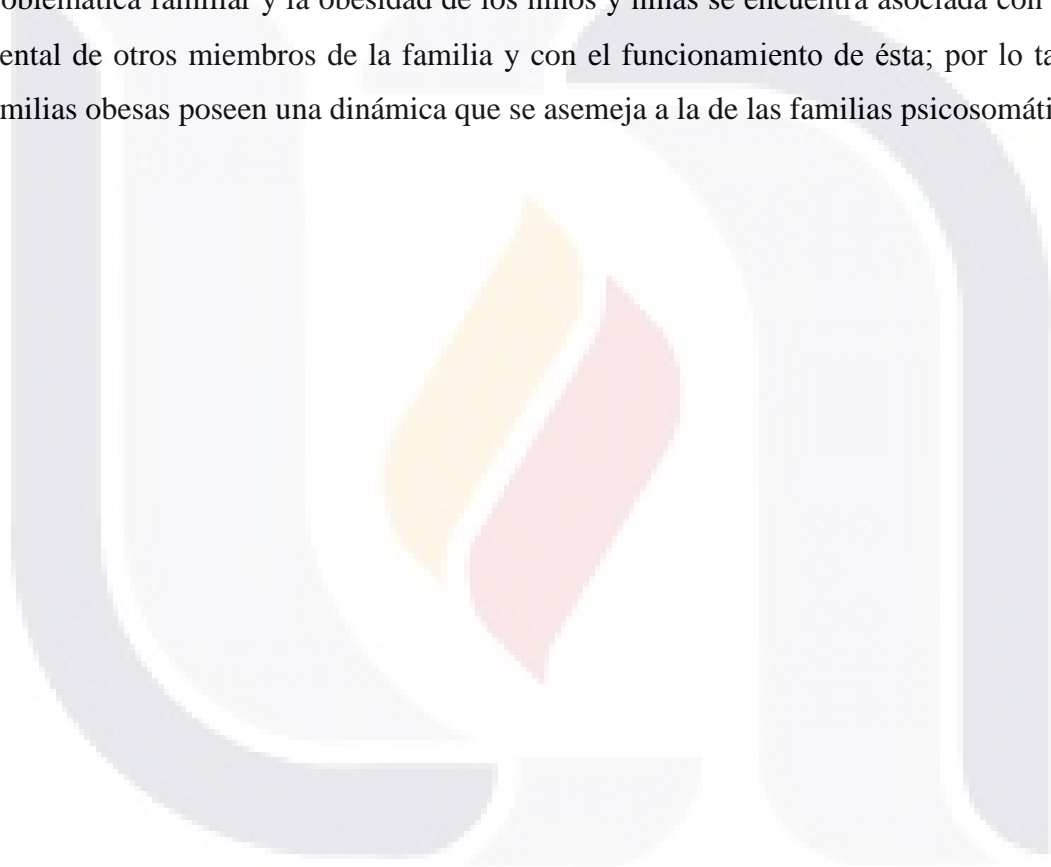
Se recomienda la realización de protocolos sobre obesidad y su repercusión en la familia tanto en función como en sus múltiples aspectos, puesto que el tratamiento no solo debe ser enfocado a la problemática del paciente sino a todo su entorno para su mejoría clínica y disminución de limitaciones.

Se recomienda el seguimiento por parte de médicos familiares de las personas obesas, desde su diagnóstico hasta su mejoría, así como tomar las acciones necesarias para que la familia sea parte del tratamiento del paciente, que esta se capacite principalmente en alimentación y actividad física y así al ser involucrada la familia se podrán hacer diagnósticos tempranos y oportunos de pesquisa. Conocer y saber cómo «funciona una familia» en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, en las crisis normativas y no normativas, etc., es fundamental para otorgar una atención médica realmente integral, que incluya no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales, morales y espirituales.¹⁴

12.CONCLUSIONES

La tipología familiar final de los sujetos incluidos en este estudio es semejante (rango medio), sin embargo en cohesión familiar existe diferencia pues el nivel es menor en sujetos obesos (desligada), por lo tanto se concluye que el las familias de los sujetos obesos

priva 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. Es necesario investigar más a fondo esta dimensión en familia de sujetos obesos puesto que López y Macilla argumentan que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; el sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta; por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas.¹⁰



13.GLOSARIO

Cohesión familiar: es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.⁴

Desvinculada (muy baja) 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.⁴

Separada (baja a moderada): 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.⁴

Conectada (moderada a alta) o unida: 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.⁴

Enmarañada (muy alta) o enredada: 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.⁴

Adaptabilidad familiar: es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.⁴

Rígida (muy baja): alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.⁴

Estructurada (baja a moderada): 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.⁴

Flexible (moderada a alta): a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.⁴

Caótica (muy alta): se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.⁴

Obesidad: acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (OMS).³⁴

Índice de Masa Corporal (IMC): es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).³²



14.BIBLIOGRAFIA

1. Características de la población aguascalentense. 2010. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html> acceso el 2 febrero del 2012.
2. Base de datos archivo médico UMF no. 1 delegación Aguascalientes.
3. Julio A. González-Pienda, José C. Núñez, Luis Álvarez, Cristina Rocés y et. al. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicaciones parentales en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema* 2003. Vol. 15, n° 3, pp. 471-477.
4. Beatriz Zegers, M. Elena Larraín, Aquilino Polaino-Lorente y et. al. Validity and reliability of the Olson, Russel and Sprenkle Family Cohesion and Adaptability Scale in diagnosing family functioning in the Chilean population. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2003; 41(1): 39-54.
5. S. Cervera y E. Aubá. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, No. 85, Noviembre 2005, 7-29.
6. Mendoza Solís LA., Soler Huerta E., Sainz Vázquez L. y et. al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en atención primaria. *Archivos de medicina familiar* 2006 Vol.8 (1) 27-32.
7. Hernández CE, Tapia Turrent MF, Borbolla Salas Manuel E., Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes obesos y no obesos. *Memorias del XXI congreso nacional de medicina familiar* 2008; 54.

8.Sánchez Reyes A., González Pedraza Avilés A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(2):82-88.

9.Camacho P.P., León NC, Silvia MI. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. Rev. Enferm. Herediana.2009;2(2):80-85.

10.Díaz Encinas Diana, Enríquez Sandoval Dulce Obesidad infantil, ansiedad y familia Bol ClinHospInfant Edo Son 2007; 24(1): 2226.

11.VDecaluwe, C Braet, E Moens and L Van Vlierberghe. The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters.International Journal of Obesity (2006) 30, 1766–1774.

12.A. de los Santos. Nuevas familias y conducta alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria 5 (2007) 439-456.

13. Sánchez Ortega Amparo Lic. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las personas con Discapacidad. PROLAM 2000.

14.E.R. Ponce Rosas, F.J. Gómez Clavelina M, TeránTrillo, A.E. Irigoyen Coriady S. Landgrave Ibáñez, Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.

15.RollandJhon S. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp. 95-110.

16.Kathleen A. Ph.D. How Families Manage Chronic Conditions: An Analysis of the concept of Normalization, Research in Nursing Health 1986 vol. 9 pp. 215-222.

17.López Jiménez M., Barrera Villalpando M., CortézSotres J. y cols. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud mental 2011, 34:111-120.

18.Bauman Laurie J. Ph. D. A review of psychosocial Interventions for Children with chronic Health conditions Pediatrics. American Academy of Pediatrics vol. 100(2) August 1997 pp. 244-251.

19.Garza Elizondo Teófilo Dr. Trabajo con Familias. Primera edición. 1997 Universidad Autónoma de Nuevo León. pp. 89-97 y 153-161.

20.J, Arlene Fitcher. Chronic Illness and Family Dynamics, Pediatric Nursing. Vol. 14(5) 1988.

21.Cantú Martínez P. y Moreno García D. Obesidad una perspectiva epidemiológica y sociocultural. Revista de la facultad de salud pública y nutrición, Nuevo león. 2007, vol. 8.

22. Magnitud de la Obesidad en México. 2011. Disponible en:

www.oecd.org

<http://www.abchospital.com/articulos/item/2012/03/12/la-obesidad-en-méxico>

acceso: 4 septiembre 2012.

23.Malena Monteverde, Beatriz Novak. Obesidad y Esperanza de Vida en México. Población y Salud en Mesoamérica, Volumen 6, número 1, artículo 4, jul - dic 2008.

24.Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de nutrición 2006 (ENSANUT 2006). Resultados por entidad federativa Aguascalientes.

25. Benites Guerrero V., Escalante y García S., Rea Rodríguez C. y et. al. La obesidad un problema de salud y su relación de pareja. Revista científica electrónica de psicología no.7 2010 pp.87-97.

26. Morín Zaragoza R. Obesidad y Sexualidad. Revista trabajo social. 2008. No.18 pp.4-13.

27. Sandoval Montes I., Romero Velarde E., Vázquez Garibay J. y et. al. Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. RevMedInstMex Seguro Soc 2010; 48 (5): 485-490.

28. Martínez Pampliega A., Iraugi Castillo I. y Sanz Vázquez M. Validez estructural de FACES 20-ESP: versión española de 20 ítems de la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar. RIDEP, 2011, N° 29, VOL. 1.

29. Vázquez Nava F, Santos Díaz A, Martínez Burnes J. El Paciente asmático y su dinámica familiar. Revista Alergia México 2003;L(6):214-219.

30. Gómez Clavelina S. J., Irigoyen Coria A., Ponce Rosas E. R. y et. al. Versión en español y adaptación transcultural de FACES III. 1999, Archivos de Medicina Familiar. 1 (3). 73-79.

31. González Gallegos J. La familia como sistema. Revista paseña de medicina familiar. 2007. 4(6): 111-114.

32. Definición de Índice de Masa Corporal según la OMS 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> acceso: 28 febrero 2012.

33. IMSS. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de sobrepeso y obesidad en el adulto. Junio 2008.

34. Clasificación del sobrepeso y obesidad según la OMS. 2012. Disponible en: [OMShttp://translate.google.com.mx/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.who.int/bmi/index.jsp%3FintroPage%3Dintro_3.html](http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.who.int/bmi/index.jsp%3FintroPage%3Dintro_3.html) acceso: 10 marzo 2012.

35. Thomas V, Olson DH. Problem families and the circumplex model: observational assessment using the Clinical Rating Scale. *J Marital Fam Ther* 1993;19:159-175.

36. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *J Marital Fam Ther* 2000;22(2):144-167.

37. Vanina Schmidt, Juan Pablo Barreyro, Ana Laura Maglio. Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors? Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Universidad de Buenos Aires (U.B.A.), *Escritos de Psicología*, Vol. 3, n° 2, pp. 30-36.

38. Florenzano R. Conductas de riesgo adolescentes y factores protectores. Ediciones Universidad Católica de Chile. Tercera Edición 2005; 99-112.

39. Albala Cecilia y cols. Obesidad un desafío pendiente. Editorial universitaria, primera edición. Chile. 2000. Pp. 113.

40. Marla Paul. RELIGIOUS YOUNG ADULTS BECOME OBESE BY MIDDLE AGE. Researchers say cause may be unhealthy food at religious activities. Northwestern University. Evanston, IL. 2011.

41. Irigoyen. Nuevo diagnóstico Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México, D.F. pp. 245.

ANEXO A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2011-2012

La investigación se realizará en un lapso de doce meses aproximadamente desde que se inició la elección del tema a investigar, la búsqueda bibliográfica, la presentación y aceptación de este protocolo por el comité de investigación local, así como la planeación y recolección de datos para así realizar el análisis correspondiente de la información obtenida y llegar a la obtención de los resultados y el reporte final.

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Elección del tema	X													
Acopio de bibliografía	X	X												
Revisión de literatura		X	X	X	X	X								
Diseño del protocolo					X	X								
Planteamiento Del problema					X	X								
Antecedentes						X								
Justificación						X								
Introducción							X							
Hipótesis							X							
Revisión del protocolo								X						
Registro del protocolo ante comité local de investigación									X					
Acopio de información										X	X	X	X	
Captura y tabulación de datos													X	X
Análisis de resultados														X
Autorización														X
Elaboración de tesis														X

ANEXO B. OPERACIONALIZACION

OBJETIVO	CONCEPTO	VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ITEM	ESCALA
Comparar la adaptabilidad y cohesión en pacientes con obesidad y en pacientes sin obesidad atendidos en el servicio de medicina familiar de la UMF no. 1 delegación Aguascalientes.	Determinación de la diferencia de la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y también de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo entre pacientes que tienen obesidad y los que no presentan obesidad.	<p>Cohesión familiar: como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre si.</p>	<p>a) <u>desvinculada (muy baja) o desprendida</u> 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.</p> <p>b) <u>separada (baja a moderada)</u> 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.</p> <p>c) <u>conectada (moderada a alta) o unida.</u> 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.</p> <p>d) <u>enmarañada (muy alta) o enredada,</u> 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.</p>	<p>Cualitativa a ordinal, usando una escala tipo Likert</p>	<p>1 3 5 7 9 11 13 15 17 19</p>	<p>1= nunca 2= casi nunca 3= algunas veces 4= casi siempre 5= siempre</p>
		<p>Adaptabilidad familiar: capacidad de un sistema familiar de cambiar su</p>	<p>a) <u>rígida (muy baja)</u> alude a un</p>	<p>Cualitativa a ordinal</p>	<p>2 4 6 8 10 12 14 16</p>	<p>1= nunca 2= casi nunca 3= algunas veces 4= casi siempre 5= siempre</p>

		<p>estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.</p>	<p>liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y usencia de cambios.</p> <p>b) <u>estructurada (baja a moderada)</u> 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.</p> <p>c) <u>flexible (moderada a alta)</u> a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.</p> <p>d) <u>caótica (muy alta)</u> se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>18</p> <p>20</p> <p>M-peso</p> <p>N-talla</p>	<p>normal</p> <p>18.5-24.9</p> <p>sobrepeso</p> <p>=>25</p> <p>Pre-obeso</p> <p>25-29.9</p> <p>Grado I</p> <p>30-34.9</p> <p>Grado II</p> <p>35-39.9</p> <p>Grado III</p> <p>>=40</p>
		<p>Obesidad:</p>	<p>acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud que se mide a través del índice de Masa Corporal (IMC), indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²)</p>			

ANEXO C. INSTRUMENTO

FACES III (D. H. Olson, J. Porther e Y. Lavee).

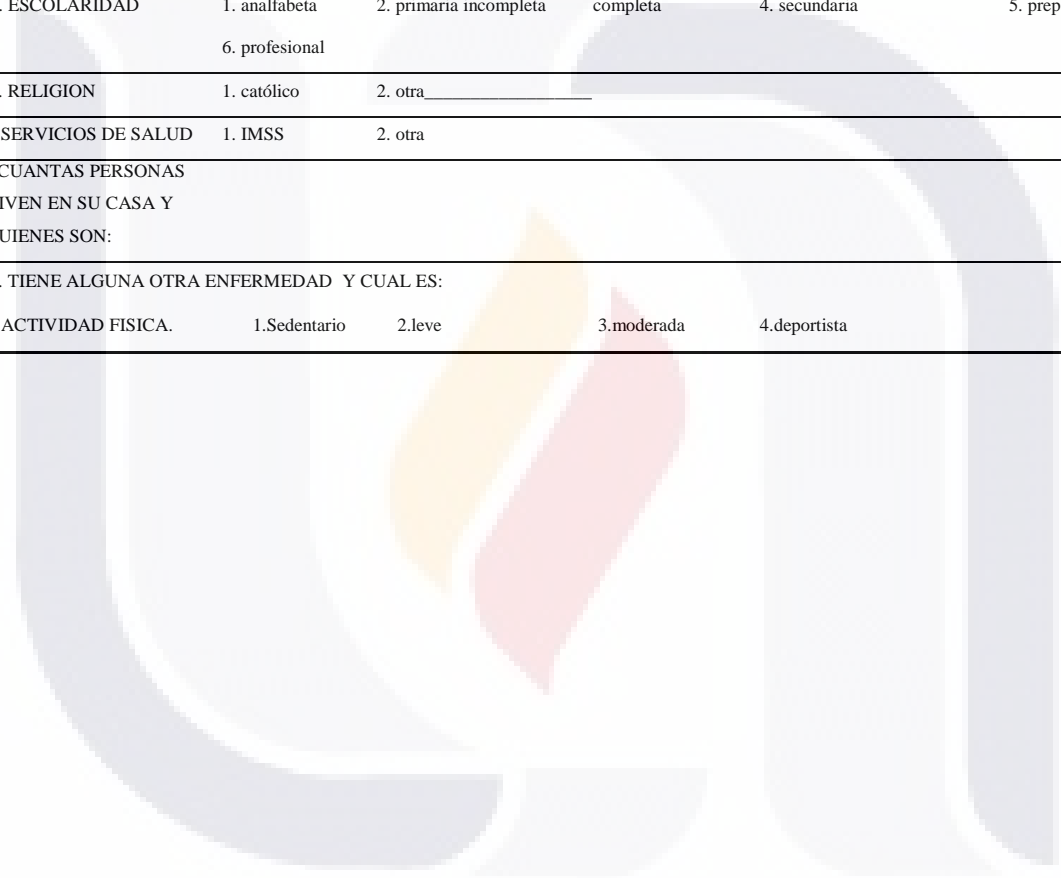
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

1= nunca 2=casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5= siempre	
	CALIFICACIÓN
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver los problemas	
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
4.- Todos pueden opinar en cuanto a su disciplina	
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8.- Nuestra familia cambia en modo de hacer las cosas	
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10.- Todos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
11.- Nos sentimos muy unidos	
12.- En nuestra familia todos 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 en familia	
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19.- La unión familiar es muy importante	
20.- Es difícil decir quién hace las labores el hogar	
Cohesión _____ puntos / Adaptabilidad _____ puntos	

ANEXO D: LISTA DE COTEJO

A. EDAD: _____	M. PESO:	N:TALLA:		
B. GENERO	1. Femenino	2. Masculino		
C. ESTADO CIVIL	1. soltero	2. casado	3. unión libre	4. divorciado 5. otro
D.NO. HIJOS	1.1	2.2-4	3.más de 4	
E.EDAD DEL HIJO MAYOR:				
F. OCUPACION	1. hogar	2. empleado/obrero	3. campesino	4. ganadero 5. otro
G. ESCOLARIDAD	1. analfabeta	2. primaria incompleta	3. primaria	4. secundaria 5. preparatoria
			completa	
	6. profesional			
H. RELIGION	1. católico	2. otra _____		
I. SERVICIOS DE SALUD	1. IMSS	2. otra		
J.CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA Y QUIENES SON:				
K. TIENE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD Y CUAL ES:				
L.ACTIVIDAD FISICA.	1.Sedentario	2.leve	3.moderada	4.deportista



ANEXO E: CARTA I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD

Carta de Consentimiento informado para la participación en protocolo de investigación (adultos)

Nombre del estudio: COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES OBESOS COMPARADA CON NO OBESOS DE LA UMF NO.1 DELEGACION AGUASCALIENTES.

Lugar y Fecha: Aguascalientes, Ags. ____ de _____ 2012.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: 201210120

Justificación y objetivo del estudio: Lo(a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en el servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 1 delegación Aguascalientes. Usted ha sido elegido a participar en un proyecto de investigación en pacientes obesos y no obesos por lo que su participación es fundamental.

Procedimiento: Responder un cuestionario sobre cohesión y adaptabilidad familiar con el cuestionario FACES III.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario, la molestia en este caso sería únicamente proveer unos minutos para contestar las preguntas del cuestionario que se me aplicará.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Un posible beneficio es que su participación en éste estudio le proporcione información sobre su estado de salud. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de la enfermedad y futuros programas de prevención, etc.

Información de resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Participación ó retiro: Su participación en éste estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS, es decir su decisión no afecta la relación con el IMSS ni sus derechos de obtener los servicios de salud necesarios.

Privacidad y confidencialidad: Cuando los resultados de este estudio sean publicados no se dará a conocer información sobre su identidad, la cual siempre será protegida. Esto se efectuará asignándole un número para identificar sus datos en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio:

Investigador responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez, Departamento de Coordinación de Enseñanza de la Especialidad de Medicina Familiar, Hospital General de Zona No. 1 Delegación Aguascalientes, teléfonos 449-9139050, correo electrónico: draanahortensia@hotmail.com

Tesista: Dra Nayely Tachiquín Romo, Matricula 99013184. Residente de Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 01, delegación Aguascalientes, Celular 4491631273, correo electrónico: dra_tachiquin@hotmail.com.

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación: Si usted tiene dudas ó preguntas sobre sus derechos al participar en un estudio de investigación , puede comunicarse con los responsables de la Comisión de ética en Investigación del IMSS a los Tel 56276900 – 21216 de 9:00 a 16:00 hrs ó al correo electrónico: conise@cis.gob.mx. La comisión de ética se encuentra ubicada en el Edificio del Bloque B, Unidad de Congresos Piso 4, Centro Médico Nacional Siglo XXI, AV Cuauhtémoc 330 Colonia Doctores, CP 06725, México D.F.

Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio. Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios de mi participación en el proyecto de investigación. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario así como a responder cualquier duda sobre procedimientos que se llevaran a cabo, riesgo, beneficio o aclaración relacionada con el proyecto de investigación. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Firma del Sujeto en estudio

Firma del Investigador