

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



TEMA: ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA PRESENTACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA DE MAYO A JULIO 2014.

INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ELABORA: MD José Galárraga

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Galo Sánchez

TUTOR METODOLÓGICO: Dr. Edgar Rojas

QUITO, Julio 2014

TITULO

ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA PRESENTACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA DE MAYO A JULIO 2014.

LUGAR: HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA
FUNDACIÓN TIERRA NUEVA

AUTOR:

José Patricio Galárraga Garcés, R3 de Medicina Familiar de la PUCE

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios JEHOVÁ, quién desde el inicio de mi vida hasta la actualidad, me ha guiado por su camino, y me ha dado fuerzas para continuar siempre en pie y no decaer a pesar de todas las adversidades presentes. Porque eres quien fortalece mi alma y vida, para ti es todo mi esfuerzo.

“Te alabaré, oh Jehová, con todo mi corazón; Contaré todas tus maravillas. Me alegraré y me regocijaré en ti; Cantaré a tu nombre, oh Altísimo”

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, Evelyn esposa mía.

A ti Adriana Belén, mi pequeña hija, que has pasado conmigo en esta nueva etapa de mi vida y te has amoldado al poco tiempo que te dado. Gracias porque tu presencia me dio fuerzas y armas para continuar mi vida con amor y valentía.

A mis padres: que supieron hablarme de Dios que fue la mejor enseñanza impartida, gracias padres porque con su gran esfuerzo y amor me dieron esta herencia que ahora aprovecho “mis estudios” a través de los cuales he podido incrementar mis conocimientos; y ser un gran ser humano.

Hermanos gracias por su preocupación y apoyo desde la distancia, por sus oraciones y amor incondicional que me han brindado.

A todos ustedes gracias.

AGRADECIMIENTOS:

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de nuestra carrera.

Igualmente agradezco muy profundamente a todos los organismos y personas naturales que hicieron posible la realización del mismo, entre los que se deben mencionar: ...

- A nuestra casa de estudios PUCE por haberme dado la oportunidad de ingresar al sistema de Educación Superior y cumplir este gran sueño.

- A mi querido HOSPITAL PADRE CAROLLO y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA, quienes ha sido mi segundo hogar, en el cual he podido adquirir destrezas y conocimiento que servirán para mi crecimiento como profesional.

A mis maestros, Dra. Susana Alvear, Dr. Edgar León , Dr. Sánchez, Dr. Rojas E, Dr. Alvear, quienes han estado conmigo desde el inicio hasta la terminación de esta etapa de mi vida, ya que a través de sus conocimientos y experiencias; me proyectaron un ejemplo para seguir estudiando y adquirir todos los días conocimientos nuevos de forma crítica y así seguir transformándome profesionalmente.

ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA PRESENTACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA DE MAYO A JULIO 2014.

RESUMEN:

Objetivos: la obesidad es de origen multifactorial y es probable que la alteración de la dinámica familiar sea un factor de riesgo potencial. El objetivo de la investigación fue identificar la asociación entre la presencia de sobrepeso-obesidad y el funcionamiento familiar.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional de corte transversal, para funcionamiento familiar en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Se estudió a 377 sujetos con peso normal, sobrepeso u obesidad, de 20 a 59 años de edad, de uno u otro sexo, sin comorbilidades. Se les aplicó una encuesta sociodemográfica y FACES III para medir función familiar. Se analizaron variables sociodemográficas y funcionamiento familiar, y RR para funcionamiento familiar y obesidad.

Resultados: en los adultos analizados se evidenció asociación entre disfunción familiar y sobrepeso u obesidad, Chi 2 p 0.01 OR= 1.83 (IC95% 1.15 – 2.91), con una media de la escala de cohesión de 39,01 (DE=6,52) p25=35 y adaptabilidad de 27,25 (DE=6,74) p25=24 y p75=32, la familia no relacionada caótica fue la más afectada (11,9%). Los ingresos económicos bajos (no cubrir la canasta básica) 61.34 % p 0.001 OR 6,7 y el tener bajo nivel de instrucción 61.34% p 0.02 OR 1,6 fueron factores de riesgo para obesidad.

Conclusión: la disfunción familiar se presentó en 188 sujetos (77 %), con asociación entre el peso corporal y el funcionamiento familiar, por lo que pertenecer a una familia disfuncional puede ser factor de riesgo para presentar

sobrepeso u obesidad, por lo cual es necesario considerarlos en la prevención de esta patología.

ABSTRACT:

Objectives: obesity is multifactorial in origin and it is likely that alteration of the family dynamics is a potential risk factor. The objective of the research was to identify the association between the presence of overweight-obesity and family functioning.

Methods: We conducted a quantitative study, cross sectional, for family functioning in patients with overweight and obesity.

We studied 377 subjects with normal weight, overweight or obese, 20 to 59 years of age, of one sex or the other, without co-morbidities. They applied a demographic survey and FACES III to measure family function. Demographic variables were analyzed and family functioning and RR for family functioning and obesity.

Results: in adults tested showed association between family dysfunction and overweight or obesity, Chi 2 p 0.01 OR= 1.83 (95% CI 1.15 - 2.91), with an average of the scale of cohesion of 39.01 (SD=6.52) p25 =35 and adaptability of 27.25 (SD=6.74) p25 =24 and p75 =32, the family not related chaotic was the most affected (11.9 %). Low income (do not cover the basic basket) 61.34 % p 0,001 or 6.7 and have low level of instruction 61.34 % p 0.02 or 1.6 were risk factors for obesity.

Conclusion: the family dysfunction is presented in 188 subjects (77 %), with the association between body weight and family functioning, by what belong to a dysfunctional family can be a risk factor for overweight or obesity, by which they need to be considered in the prevention of this disease..

CAPÍTULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
INTRODUCCIÓN.	12
CAPITULO 2	15
MARCO TEÓRICO	15
Obesidad	16
Definición.	16
Etiología.	17
Epidemiología.	20
Complicaciones de la obesidad.	22
RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDADES ESPECÍFICAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.	22
Detección y evaluación clínica de la obesidad en los adultos	24
Proyección.	24
Diagnóstico de obesidad.	25
Índice de masa corporal	25
Evaluación de la situación de riesgo.	27
Tratamiento de la obesidad en adultos.	27
FAMILIA	29
Definición	29
La familia como sistema	31
Estructura de la familia	32
Tipos de familia según Minuchín.	33
Funciones de la familia	35
Subsistema	35
Límites.	37
Dinámica familiar	41
ESCALA PARA MEDIR LA FUNCIONALIDAD FAMILIA	42
CAPITULO 3	50
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
Problema	53
Justificación.	53
Objetivos.	56
Objetivo general.	56
Objetivos específicos.	56

Hipótesis. _____	57
Operacionalización de las variables. _____	57
CAPITULO 4 _____	58
METODOLOGÍA _____	58
MARCO METODOLÓGICO _____	59
Naturaleza de la Investigación. _____	59
Población. _____	59
Criterios de inclusión. _____	59
Criterios de Exclusión. _____	59
Muestreo: _____	60
Calculo de la muestra: _____	60
Procedimiento _____	61
Instrumentos de medición y técnicas _____	63
Técnica instrumental _____	64
Aspectos Bioéticas. _____	65
CAPITULO 5 _____	66
RESULTADOS _____	66
RESULTADOS _____	67
DISCUSIÓN _____	77
CAPITULO 6 _____	82
CONCLUSIONES _____	82
RECOMENDACIONES _____	82
BIBLIOGRAFÍAS: _____	86
ANEXOS _____	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 5.1 Datos socio-demográficos de los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2011 _____67

TABLA 5.2 Variables socio-demográficas y presencia de sobrepeso u obesidad de los pacientes que acuden a la consulta externa de Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014_____700

TABLA 5.3 Variables socio-demográficas en las familias disfuncionales que acuden a la consulta externa de Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014_____71

TABLA 5.4 Relación de la presencia de sobrepeso y obesidad y la pertenencia a una familia disfuncional de los pacientes que acuden al Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014_____75

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 5.1. Distribución de la población de estudio según el índice de masa corporal_____68

FIGURA 5.2 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en la población de estudio_69

FIGURA 5.3 Subtipos de familias según la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III)_____¡Error! Marcador no definido.2

FIGURA 5.4 Relación de la pertenencia a una familia disfuncional y los valores de índice de masa corporal_____¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 5.5 Relación de las medias del índice de masa corporal en las familias funcionales y disfuncionales_____¡Error! Marcador no definido.

FIGURA 5.6 Relación de la presencia de sobrepeso y obesidad y los valores de las subescalas de cohesión y adaptabilidad del FACES III_____¡Error! Marcador no definido.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

La obesidad constituye un problema de salud pública. En la actualidad a nivel mundial ha aumentado a tal magnitud que la Organización Mundial de la Salud la consideró como una epidemia, debido a que en el 2005 existían en el mundo más de mil millones de adultos con sobrepeso y 300 millones con obesidad y actualmente, la magnitud es de 1700 millones de adultos con sobrepeso y 312 millones con obesidad. (1)

La preocupación por la prevalencia que está adquiriendo la obesidad en las últimas décadas a nivel mundial se debe a la relación que tiene con las enfermedades crónico no transmisibles, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, dislipidemia, osteoartritis y algunas neoplasias como el cáncer de próstata, endometrio, colon y mama.(2)

La obesidad también ha aumentado la mortalidad a nivel mundial, según el Informe sobre la salud en el mundo 2003, de los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2002, 32 millones es decir, cerca de tres cuartas partes se debieron a enfermedades no transmisibles, que cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas).(3)

Estos porcentajes van en aumento, ya que según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2015 un total de 41 millones de personas fallecerán como consecuencia de una enfermedad crónica, que en los próximos diez años acapararán el 80% del gasto sanitario mundial.(1)

Muchos son los factores de riesgo que la Organización Mundial de la Salud identifica como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre los cuales cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la obesidad, se citan también el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.(4)

De lo anteriormente descrito se puede concluir que la alimentación poco saludable y no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas no transmisibles más importantes, y susceptibles de modificarse.(5) Por lo que se hace importante el estudio sobre los factores que pudieran modificar estas alteraciones.

En la actualidad innumerables estudios se han enfocado a diversos aspectos, tales como la prevención(6), fisiopatología(7), diagnóstico(8), tratamiento(9) así como patologías asociadas, (10)(11) dejando a un lado la importancia en sí que tienen los componentes psicosociales y familiares; ya que la presencia de algún trastorno de este tipo puede influir en el desarrollo de esta enfermedad.

Se ha considerado que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal de causa-efecto, sino una interacción entre factores y componentes del sistema familiar los cuales deben tomarse en cuenta como parte de esta problemática.(12)

Recordando que la familia es un sistema formado por subsistemas, en la cual la conducta, comportamiento, depende de las interacciones y de las características

organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo, un mal funcionamiento de los mismos podría favorecer el desarrollo de la obesidad al propiciar estilos de vida poco saludable entre sus integrantes. (13)

Esto concuerda con los resultados obtenidos de una revisión sistemática para el tratamiento de la Obesidad basada en la evidencia para adultos Latinos en los EEUU, tres ensayos clínico controlados: Ávila (1994), Keller (2008), Faucher (2010), tuvieron enfoques orientados a la familia en la dieta, la actividad física y como red de apoyo social, que produjeron una reducción significativa en el IMC. (14)

Por lo tanto, la presente investigación analiza el sobrepeso y la obesidad en los adultos entre 20 y 59 años del sur de Quito y sus relaciones que guarda con los factores familiares.

Nos regiremos a esta edad, ya que según la encuesta nacional de salud ENSANUT-ECU 2011-2013, presentó la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad con un 62,8%, además es la etapa en la cual se produce la detención del crecimiento y el comienzo del depósito de reservas de grasa debido al paso de un estado de un estilo de vida activo a uno más sedentario. (15)

Se trata de un estudio descriptivo, observacional de corte transversal para funcionamiento familiar, en pacientes con sobrepeso y obesidad entre 20 a 59 años atendidos en la consulta externa de Medicina Familiar del HUCV y FTN. El objetivo fue conocer la asociación entre la presencia de sobrepeso u obesidad, variables socio-demográficas y el funcionamiento familiar.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

Obesidad

En 1998, la Organización Mundial de la Salud denominó a la obesidad como una epidemia, debido a que existían más de mil millones de adultos con sobrepeso y 300 millones con obesidad. Actualmente, la magnitud es de 1700 millones de adultos con sobrepeso y 312 millones con obesidad. (1)

Varios estudios han demostrado la relación entre el IMC y enfermedades crónicas, denominando a la obesidad como una enfermedad y un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, dislipidemia, osteoartritis y algunas neoplasias como el cáncer de próstata, endometrio, colon y mama. (1) Por su magnitud y tendencia que tiene al crecimiento, y por el impacto que tiene en la esperanza y calidad de vida en la etapa productiva, además de considerarse un problema demográfico y socioeconómico con grandes costos a futuro, sobre todo cuando se inicia a edades tempranas, constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, por lo que requiere medidas que incidan sobre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos asociados. (15)

Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional del Corazón, Sangre y Pulmones aportan definiciones uniformes del sobrepeso y obesidad. Aunque el "sobrepeso" que técnicamente se refiere a un exceso de peso corporal y "la obesidad" a un exceso de grasa, general o localizada, estas dos palabras se definen operacionalmente en términos de índice de masa corporal. (13)

La definición estricta de obesidad se refiere a la existencia de un exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta como resultado de un balance

positivo sostenido de energía, originado a su vez por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético. (12)

Etiología.

Los estudios sobre los factores asociados al sobrepeso y obesidad han sido diversos desde la alteración por un desequilibrio crónico entre el consumo de energía y la utilización de la misma para los procesos metabólicos y la actividad física, hasta otros factores como son factores genéticos, fisiológicos, ambientales, sociales, económicos y psicológicos (familiares), que es donde se quiere hacer más énfasis con esta investigación, porque si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren con mucha frecuencia una mala relación familiar. (13)

Otras causas importantes incluyen los trastornos hormonales, las alteraciones emocionales y algunos medicamentos. (10) (11)

Durante la última década fueron los factores genéticos los que más peso tuvieron en el desarrollo de la misma, diversos estudios realizados en gemelos, hijos adoptados y familias sugieren la existencia de factores genéticos en la obesidad humana. Además de la heredabilidad del peso, la tasa metabólica, respuesta térmica a la alimentación, y la actividad física espontánea son en cierta medida heredable. (16)

Sin embargo el aumento rápido y manifiesto de la prevalencia de sobrepeso y obesidad experimentado en las dos o tres últimas décadas no puede ser atribuido a causas genéticas. Aunque los factores hereditarios son importantes, el genoma

humano no ha cambiado en tan poco espacio de tiempo. De ahí que los factores ambientales o del entorno jueguen un papel primordial en el desarrollo de esta epidemia mundial de obesidad, creando el llamado “ambiente obesogénico”, caracterizado por la abundancia de alimentos y el sedentarismo.(6)

Un factor importante también es el estilo de vida, el cual corresponde a la dieta y actividad física, consumo de tabaco y alcohol. Los aumentos en el suministro de alimentos pueden ser responsables, en parte, por la creciente prevalencia de la obesidad.

En las últimas décadas Latinoamérica ha experimentado lo que se denomina una “transición nutricional”. La amplia disponibilidad de alimentos ricos en calorías, carbohidratos, disminución de la ingesta de vegetales, en combinación con una declinación cada vez mayor en la actividad física, estilos de vida sedentarios en un entorno más urbanizado y que promueve el uso de tecnología que limita dicha actividad, en particular en los niños, adolescentes y adultos, han contribuido de manera importante al aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años.(17)

De todos los comportamientos sedentarios, la observación prolongada de la televisión es el mayor predictor de la presentación de obesidad y riesgo de diabetes, considerándose que cada incremento de dos horas dedicado a ver la televisión se asocia a un 23%(IC del 95%: 17 a 30 por ciento) de aumento de la obesidad y un 14% (IC del 95%: 5 a 23 por ciento) aumento en el riesgo de la diabetes. (13)

En cuanto a los factores sociales y económicos, la obesidad es más prevalente en los grupos socioeconómicos más bajos en los Estados Unidos y en otras partes. La razón de esta asociación no se conoce.

En cambio en el Ecuador, según ENSANUT, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta con el nivel económico; así, los adultos del quintil más rico tienen la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad frente a los adultos del quintil más pobre (66.4% vs.54.1%). (15)

Otro factor importante de obesidad y reconocido por varios autores sistémicos, es el factor familiar”, ya que son muchos los factores que pueden predisponer al desarrollo de obesidad, sin embargo, el ambiente social en el que la persona se desenvuelve puede ser un factor de riesgo. La familia es la base de la sociedad, y en la cual se adquieren los elementos necesarios para el desarrollo del ser humano y es ahí donde se obtiene valores, creencias, hábitos y modos de comportamiento. Por lo tanto, el contexto familiar juega un papel importante en el desarrollo de todas las áreas del ser humano y es este mismo ambiente el que puede favorecer o bien perjudicar el desarrollo emocional de los miembros de una familia, Esto se puede observar en diversas problemáticas, especialmente en el aumento excesivo de peso.(18)

Presentándose desde la infancia, en un estudio realizado en población escolar mexicana para valoración de la disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad dio como resultado que elementos de la dinámica familiar son potenciales factores de riesgo para obesidad en este grupo de pacientes al actuar sobre los hábitos alimentarios y la autoestima, por lo cual es necesario considerarlos en la prevención de esta patología. (19)

En la edad adulta en cambio algunos pacientes que presentan un trastorno de alimentación incontrolada refieren que su comportamiento impulsivo se desencadena por alteraciones del humor, tales como depresión y ansiedad.

Otros sujetos no llegan a reconocer los factores concretos que desencadenan su comer incontrolado pero sí refieren un sentimiento de tensión al que le dan alivio al comer así.

Puesto que el metabolismo cambia en el transcurso del día así como nuestro equilibrio bioquímico, no podemos excluir que también estas variables puedan tener cierta importancia en la etiopatogénesis de este trastorno. (20)

De todas las maneras los sujetos con estos hábitos alimenticios presentan varios grados de obesidad. La mayoría tienen una larga historia de tentativas de hacer una dieta y se sienten desesperados por la dificultad que encuentran para controlar la ingesta de comida.(19)

Epidemiología.

La obesidad se considera hoy en día una pandemia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 había más de 400 millones de adultos obesos en el mundo y se estima que para el año 2015 habrá más de 700 millones. (1)

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. En Latinoamérica la evolución del estado nutricional refleja una acción multifactorial donde destacan: aumento de la ingesta calórica, incremento de actividades sedentarias en un entorno más urbanizado promotor de tecnologías que limitan la actividad física y disminución de la inseguridad alimentaria producto del descenso de la pobreza aunque desigualdades sociales persisten, las cuales tienen una relación directa con la presencia de sobrepeso y obesidad.(17) (1)

El Ecuador no es la excepción, según el INEC 2011 reporta que el grupo de enfermedades constituido por la diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad cerebrovasculares, están entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad y representan el 26% de todas las muertes, además aportan la mayor cantidad de consultas y egresos hospitalarios en las ultimas 2 décadas. (15)

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT-ECU 2011-2013, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Ecuador fue de 62,8 % en todas las regiones del país, con diferencia de 5 puntos del sexo femenino sobre el masculino, y se presentó más frecuentemente en la cuarta y quinta década de vida. La misma que aumento con el nivel socioeconómico; así, los adultos del quintil más rico tienen la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad frente a los adultos del quintil más pobre (66.4 vs 54.1%), el grupo étnico con mayor prevalencia fue el afroecuatoriano (64,4%) , y la subregión con mayor prevalencia fue la de galápagos (75,9%), seguida de Guayaquil (66,8%), los resultados globales indican que 20 de las 24 provincias tienen prevalencia de exceso de peso por encima del 60% es decir en el 70% del territorio 6 de cada 10 ecuatorianos padecen de sobrepeso y obesidad, pero en todo caso, las prevalencias estimadas constituyen un verdadero problema de salud pública, con implicaciones sociales y económicas. (15)

Complicaciones de la obesidad.

El seguimiento de personas adultas en la cohorte de Framingham durante 30 años, mostró que la progresión a obesidad ocurre en el 30% de las mujeres y en el 25% de los hombres. El análisis de estos datos sugiere que si una persona se mantiene en un peso óptimo, disminuye en un 25% el riesgo de sufrir enfermedad coronaria y en un 35% el riesgo de falla cardíaca e infartos cerebrales.(21)

Varios estudios han demostrado una relación entre el IMC elevado y enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión, la hiperlipidemia, y cánceres relacionados con la obesidad. (22) En una revisión sistemática se pone en evidencia que la mortalidad global de las personas con sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] 25 a 29,9 kg / m²) no es mayor que el de las personas de peso normal (IMC 18,5-24,9 kg / m²).(23) El mayor riesgo en cuanto a mortalidad y acortamiento de la esperanza de vida es para el paciente obeso con un IMC > 40. (24) En la obesidad, la mortalidad por cualquier causa se incrementa alrededor de un 20%.

Con el aumento de la edad la obesidad juega un papel cada vez menor en la mortalidad por cualquier causa. Después de 65 años de edad, la obesidad no está asociado con una menor esperanza de vida.(23)

RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDADES ESPECÍFICAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD. (23)

El riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria se incrementa alrededor de 20% en personas con sobrepeso y de un 50% en los individuos obesos.
--

El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta en un 20% por cada 1 kg/m ² lugar en el
--

índice de masa corporal. En comparación con los individuos de peso normal, el riesgo no aumenta hasta un IMC<27,2 kg/m². En un IMC de 27,2 a <29,4 kg/m², el riesgo aumenta en alrededor de 100%; con un IMC=29,4 kg/m², el riesgo aumenta en alrededor de 300%.

Tanto el sobrepeso y la obesidad se asocian con un mayor riesgo de **desarrollar fibrilación auricular**.

La **mortalidad cardiovascular global** en el sobrepeso no se incrementa para las mujeres, mientras que se incrementó en un 10% en los hombres. En la obesidad se incrementó en un 50% para las mujeres y los hombres

La mortalidad por **cardiopatía isquémica** en mujeres con sobrepeso no se incrementa, mientras que aumenta en un 16% en los hombres con sobrepeso. En la obesidad la mortalidad por enfermedad cardíaca aumenta en un 50% en las mujeres y en un 60% en los hombres.

A mayor IMC se asoció con un menor riesgo de **dolor óseo y las fracturas de cadera** a partir de IMC de 30 se reducen el riesgo de fractura de cadera.

En la obesidad mórbida (IMC>40 kg/m²), la mortalidad global por **cáncer** en los hombres no se incrementa; en las mujeres es aproximadamente 1,5 veces mayor que en la población total de Alemania.

En comparación con los individuos de peso normal, sobrepeso y las personas obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar **asma**.

Las personas con sobrepeso y obesos tienen un mayor riesgo de desarrollar **enfermedades renales**

El riesgo para la **enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)** es significativamente mayor en los valores de IMC más grandes.

Fumar modifica el riesgo asociado al IMC de desarrollar **cáncer de pulmón** (RR: 0,76; IC del 95% [IC]: 0,67 a 0,85) Los fumadores con frecuencia pesan menos que los no fumadores

Durante la segunda mitad del siglo 20, la obesidad es considerada como un factor de riesgo de enfermedad en lugar de ser un determinante principal de la enfermedad debido a que en algunas ocasiones la sobrealimentación, la inactividad, el estrés, la presión social pueden no conducir a la obesidad, sin embargo actúan como determinantes independientes de enfermedad crónica a través de una forma de inflamación crónica sistémica de bajo grado conocida con el nombre de metainflamación de ahí la importancia de que la pérdida de peso no debe ser el único foco de la gestión de las enfermedades crónicas. (25)

Detección y evaluación clínica de la obesidad en los adultos

Al realizar una evaluación de un paciente con sobrepeso u obesidad se debe incluir tanto los estudios clínicos como los de laboratorio; la información obtenida se usa para caracterizar el tipo y la gravedad de la obesidad, así como para determinar el riesgo de la salud, y proporcionar una base para la selección de la terapia.(26)

Proyección.

En la detección del sobrepeso y la obesidad se debe incluir la medición del índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, y la evaluación del riesgo médico general.

La revista clínica Uptodate 2014, sugiere que todos los pacientes adultos en el examen periódico anual se proyecten para la detección de sobrepeso y la obesidad mediante la medición de índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura. (27)

Diagnóstico de obesidad.

Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la herramienta más usada para el diagnóstico de obesidad desde hace más de dos décadas y se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. (13)

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la obesidad, basándose en un consenso de científicos y expertos, como un IMC ≥ 30 . Se seleccionó este umbral debido a que la curva de mortalidad en diversos estudios epidemiológicos demostró un aumento en ese punto. La OMS también definió el sobrepeso como un IMC ≥ 25 . (1)(13)

Las clasificaciones recomendadas para el IMC adoptados por el Instituto Nacional de Salud (NIH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1)(13) y respaldado por la mayoría de los grupos de expertos son:

Categoría	índice de masa corporal – IMC
De bajo peso	$< 18,5$ kg/m ²
El peso normal	$\geq 18,5$ a $24,9$ kg/m ²
Sobrepeso	$\geq 25,0$ a $29,9$ kg/m ²
Obesidad	≥ 30 kg/m ²
La obesidad clase I	$30,0$ a $34,9$ kg/m ²
Obesidad Clase II	$35,0$ a $39,9$ kg/m ²
La obesidad clase III	≥ 40 . kg/m ²

La relación entre el IMC y el riesgo permite la identificación de varios niveles que pueden ser utilizados para guiar la selección de la terapia. Sin embargo en algunas poblaciones, el nivel de riesgo en términos de porcentaje de grasa corporal se alcanza con un IMC muy inferior (del sur de Asia) y en otros, un mayor IMC (negros) en comparación con los blanco.(27)

Circunferencia de la cintura - El aumento de la adiposidad central se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, además de medir el índice de masa corporal, la circunferencia de la cintura debe medirse para evaluar la obesidad abdominal. Los pacientes con obesidad abdominal (también llamada obesidad central, visceral, androide, o de tipo macho obesidad) tienen un mayor riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y dislipidemia.(28)

Obesidad central por circunferencia abdominal	
Población	Rango
Varones euroamericanos	≥ 102 cm (40")
Mujeres euroamericanas	≥ 88 cm (35")
Varones asiáticos	≥ 90 cm (35")
Mujeres asiáticas	≥ 80 cm (32")
Obesidad central por índice cintura-cadera	
Varones	> 0,9
Mujeres	> 0,85

Determinar etiología.

La mayoría de los casos de obesidad están relacionados con trastornos no médicos, tales como el sedentarismo y el aumento de la ingesta calórica. Para determinar la etiología y planificar estrategias de gestión a futuro, la historia médica adicional debe incluir la edad de inicio de la ganancia de peso, los intentos de pérdida de peso anteriores, el cambio en los patrones dietéticos, la historia de ejercicio, los medicamentos actuales y pasados, y la historia de abandono del hábito de fumar. (13)

Evaluación de la situación de riesgo.

En los pacientes con un IMC ≥ 25 kg/m² o una circunferencia de cintura mayor de 88 cm (mujeres) o 102 cm (hombres), sugerimos una nueva evaluación de riesgo el cual incluye determinar el grado de sobrepeso (IMC), la presencia de obesidad abdominal (circunferencia de la cintura), y la presencia de factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes.

Además de la historia médica, la medición de la presión arterial, y perfil de lípidos que se hacen rutinariamente en los adultos, los pacientes con sobrepeso u obesos deben tener una medición de la glucosa en ayunas.(27)

Tratamiento de la obesidad en adultos.

Es en los hospitales y clínicas donde se han focalizado los esfuerzos en cuanto a investigación y desarrollo de programas para combatir la obesidad.

En estos centros el objetivo del manejo de la obesidad se centra principalmente en la pérdida de peso y en mantenerla mediante la modificación de la dieta y el incremento de la actividad física,(24) el tratamiento farmacológico, tratamiento conductual y en muchos casos cirugía, justificándose por su asociación con un aumento significativo de la mortalidad y complicaciones posteriores. (29)

El objetivo inicial del tratamiento es conseguir una disminución de peso del 5 al 10% en 6 meses, mantenida en el tiempo y evitar futuras ganancias para mejorar las comorbilidades asociadas a la obesidad. (30)

El Consenso FESNAD-SEEDO en su informe concluye que son las dietas baja en hidratos de carbono (DBHC) las que producen una mayor y más significativa pérdida de peso que las dietas bajas en grasa (DBG) durante los primeros 6 meses, pero que esta diferencia se pierde a partir de los 12 meses. (6)

Sin embargo la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y enfermedad mencionadas. (31)(1)

En cuanto a la actividad física, la OMS en sus recomendaciones mundiales para la salud, ha hecho énfasis en el uso de los conceptos de frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total necesaria para mejorar la salud y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles por grupos de edades, (4) La actividad física debe realizarse durante aproximadamente 30 minutos, cinco o siete días a la

semana, para evitar el aumento de peso y mejorar la salud cardiovascular, lo cual concuerda con la recomendaciones de la OMS. (27)

Si consideramos que muchos de los diversos tratamientos y medidas preventivas dirigidas para el sobrepeso y obesidad han sido infructuosos, y que parte de la literatura apoya el hecho de que uno de los factores predisponente podría ser la presencia de un ambiente familiar disfuncional. Sería considerable realizar intervenciones dirigidas a este nivel para identificar y tratar las posibles alteración presentes, y así evidenciar como el tratamiento de la obesidad puede verse favorecido por la inclusión del sistema familiar a la psicoterapia.(18)

FAMILIA

Dada las implicaciones biológicas y sociales que presentan la obesidad, se hace necesario el estudio otras posibles etiologías y eso apunta al estudio de la familia con el fin de ofrecer estrategias de enfrentamiento ante esta condición.

En el aspecto familiar, hacia el cual está orientado este trabajo, nos vamos a ayudar del Modelo Estructural, cuyo paradigma es "la estructura", la cual describe la totalidad y el funcionamiento de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico como es la familia.

Definición

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de

parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (32)

Dinámica familiar

La dinámica familiar de acuerdo al enfoque sistémico, comprende todos aquellos eventos intrafamiliares los cuales comprenden relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros. (33)

De acuerdo con ello, la familia es funcional cuando contiene un nivel adaptabilidad a determinados cambios, crisis o conflictos y puede adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones viables a la situación problemática.

Adaptabilidad familiar

También denominada flexibilidad se refiere a la habilidad que tiene la familia para cambiar su estructura de poder, la relación de los roles y reglas en respuesta a tensiones puntuales o evolutivas.(34)

Cohesión familiar

Es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. (34)

Sobrepeso/obesidad

La definición estricta de obesidad se refiere a la existencia de un exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta como resultado de un balance positivo sostenido de energía, originado a su vez por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético. (9)

La familia como sistema

La Familia es de vital importancia desde un enfoque sistémico ya que la forma como se organizan sus miembros, el papel que desempeña cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, determinan el tipo de relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas biológicos y psicológicos. (35)

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. (36)

Una opción de análisis e intervención terapéutica es el Modelo Estructural Sistémico, el mismo que nos permite estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción (estructura familiar), que determinaran la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, es decir en el núcleo en el que se desarrolla el paciente, de manera que tanto el análisis de los problemas y su tratamiento se deberá realizar a nivel familiar y no a nivel individual. (35)

Siendo el principal representante de este modelo Salvador Minuchín quien lo desarrollo como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar, el mismo que se guía por algunos principios de la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Bertalanffy en el siglo XX.

Según Minuchín, el modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia", estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada integrante de la familia se relaciona, regulando la conducta de los miembros. (36)

Como norma general , se estima que la estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder lograr sustentar a la familia en sus tareas y funciones, de esta manera protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; y al mismo tiempo esta estructura debe aceptar un grado de flexibilidad con el fin de acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo cual facilitará el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

Estructura de la familia

Se conoce que la familia es una organización que se rige por un orden y estructura específica.

La estructura del grupo familiar se transforma con el correr del tiempo, y va adaptándose y reestructurandose, para lograr seguir funcionando. Ver la

estructura familiar requiere prestar atención a los intercambios conductuales más elementales del lenguaje verbal y no verbal. (36)

Tipos de familia según Minuchín.

Es importante redactar que según la Constitución de la República del Ecuador en el Art. 67 señala lo siguiente: “Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Éstas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes”. (37)

Según Minuchín y H. Charles Fishman, nos presenta varios tipos de familia. (38)

Familia extensa

Es aquella en la que conviven en el mismo hogar más de dos generaciones, es conocida también como familia extendida. Ejemplo: en nuestro país, cuando un hijo se casa, sus padres le permiten por una temporada inicial, en calidad de apoyo económico, seguir compartiendo dentro de su casa con su pareja y aun con sus hijos.

Familia nuclear

Está conformada por dos individuos adultos de distinto sexo que ejercen el papel de padres y sus hijos.

Personas sin familia.

Se incluye a esta denominación a: adultos solteros que viven solos, divorciados o viudos que viven solos; ancianos viviendo solos.

Equivalentes familiares.

Individuos adultos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar. Ejemplo: amigos que viven juntos compartiendo el espacio físico y la comida.

Familia corporativa.

Grupo de individuos que viven bajo el mismo techo y están organizados alrededor de actividades importantes desarrolladas en común. Ejemplo: comunidades religiosas.

Familia ampliada

Cualquiera de las formas de familia mencionadas anteriormente puede ampliarse con la presencia de un pariente con lazos de consanguinidad más lejanos. Ejemplo: familia nuclear que ha recibido en su casa a una tía abuela y vive con ellos.

Todos estos tipos de familia tiene sus estructuras y características propias de acuerdo al contexto en donde se desarrollen, cada una de estas familias tiene límites claros, rígidos o difusos donde sus integrantes al conocer sus jerarquías, alianzas, coaliciones, normas y comunicación aprenden a interactuar en el medio que se desenvuelven. (39)

Funciones de la familia

La finalidad por excelencia, determinada por la especie, es la reproducción, es decir generar nuevos individuos a la sociedad. Para alcanzar esta finalidad debe cumplir con una serie de objetivos intermedios:

1. Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva.
2. Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica.
3. Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas.
4. Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social. (34)

Según Minuchín, algunos sistemas familiares pueden producir y mantener síntomas en uno o varios miembros en conexión con estructuras familiares específicas, el sistema familiar se diferencia en subsistemas así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas. Se propone el cambio en el sistema para poder restablecer un funcionamiento adecuado. Este cambio requiere, primero, la identificación de la estructura familiar y, al mismo tiempo, la comprensión de la forma cómo el o los síntomas se conectan con dicha estructura. (36)

Los elementos de la estructura propuestos son:

Subsistema

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que tiene distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciales. Entre los subsistemas que encontramos en una familia se hallan

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios desvinculación específica de la que se derivan relaciones particulares. (40)

El “**subsistema conyugal**” se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos. (40)

El “**subsistema parental**” pueda estar constituido por las mismas personas que él conyugal, el vínculo que lo estructura es el hecho de ser ambos esposos progenitores de nuevas personas y se constituye al nacer el primer hijo. (40)

El “**subsistema filial**” o subsistema fraterno, está constituido por los hijos que constituyen un núcleo diferenciado de miembros del sistema. (40)

El “**subsistema Individual**”, es el subsistema que permite individualizar a cada miembro de la familia, a fin de no perder de vista su propio desarrollo privado y personal en medio de los roles que le demandan tanto los otros subsistemas como la familia misma y el macrosistema social. (41)

Existen también otros subsistemas interaccionados con la familia: (42)

1. Subsistema de autonomía:
2. Subsistema de cuidados mutuos.
3. Subsistema afectivo-empático.
4. Subsistema de definición de límites intergeneracionales.
5. Subsistema de resolución de conflictos.

6. Subsistema de hermanos.
7. Subsistema sensorial-sexual.
8. Subsistema comunicacional.

Límites.

Este sistema debe tener también límites o fronteras, los cuales según Minuchín, están constituidos por las reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), las mismas que regulan y definen quienes participan y de qué manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. (38)

En una familia funcional los límites son líneas imaginarias que definen los deberes y obligaciones entre los miembros del subsistema, estos varían entre los subsistemas de acuerdo a su permeabilidad, la claridad de los límites dentro de la familia constituyen un parámetro para evaluar la funcionalidad familiar.

Estas conductas presididas por reglas dan lugar a tres tipos de fronteras: los extremos y medios.

En él un extremo estará los límites difusos, serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo así la distancia entre sus miembros, como consecuencia los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa. Es característica de las familias aglutinadas quienes

presentaran pérdida de la autonomía, con reacción exagerada y baja capacidad de adecuación.

El otro extremo lo conformaran los límites rígidos quienes son difíciles de alterar en un momento dado, es característica de las familias desligadas. En las que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos.

(38)

Límites claros: Los límites claros son permeables, fortalecen las jerarquías, se desarrolla el sentido de pertenencia al grupo familiar, existe intercambio de información con otros sistemas.

Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia. (36)

Estilos de familia que describe Minuchín son:

- Funcionales/Claros
- Desligadas/Rígidas
- Aglutinadas/ Difusos.

La ruptura de los límites entre subsistemas puede llevar a formar: alianza, coalición, y triangulación.

La estructura familiar para resolver las tareas a las que se enfrenta puede operar con diferentes "alineamientos. Los mismos que constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación.

En esta dimensión incluye los conceptos de:

Alianzas

Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema. "Se refiere a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores común".

Coaliciones

Se habla de coaliciones cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas.

Como puede observarse, la estructura familiar desde este modelo tiene que ver con las interrelaciones entre los miembros que componen el sistema. La presencia de límites difusos o rígidos, coaliciones, triangulaciones, hijos parentales, un miembro central (permanente) o periférico, señalan disfuncionalidad en la estructura familiar. En la terapia estructural no se parte de la distinción entre familia normal y anormal basada en la ausencia o presencia de problemas, más bien se considera la familia funcional o disfuncional con base en sus patrones de interacción (estructura). (38)

Estos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según respeten o no los límites, los subsistemas, y según sea su duración.

Un sistema funcional, se organiza de una forma jerárquica.

Jerarquías

La jerarquía se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera. (35)

El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro.

Idealmente el poder debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad, pero en ocasiones un miembro de la familia puede tener el poder pero no la autoridad.

A este respecto, la jerarquía corresponde a la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.

Roles

Son la totalidad de expectativas y normas que una familia tiene respecto a la posición y conducta de un individuo en la familia.

Los seres humanos, cuando participan en un contexto determinado, tienden a ocupar ciertos roles que, según Parsons y otros, se desarrollan a lo largo de dos ejes: (43)

Dinámica familiar

Otro aspecto importante a mencionar con respecto a la familia es la dinámica, misma que se refiere a los eventos habituales que se manifiestan en una familia.

Según Minuchín la dinámica familiar de acuerdo al enfoque sistémico, comprende todos aquellos eventos intrafamiliares los cuales comprenden relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros. (33)

La dinámica familiar se compone de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro del sistema.

Según Minuchín a la Familia se la puede traducir comúnmente como funcional o disfuncional. Entendiéndose por funcionalidad a aquellos sistemas que animan a la socialización proveyendo a sus miembros del apoyo y satisfacciones que son necesarias para su desarrollo personal y social. En las familias disfuncionales se produce una interacción que resulta incómoda y es carente entre los miembros. También es importante mencionar que todas las familias sean estas funcionales o no, pasan por diversos periodos de crisis, disfrutan de áreas competentes y además presentan funciones desadaptativas en un periodo de tiempo.(36)

Trabajos previos han reconocido que la dinámica familiar basada en el funcionamiento familiar, vista desde la cohesión y adaptabilidad familiar, son considerados factores de riesgo predominantes para muchos problemas psicopatológicos, rendimiento académico y trastornos de conducta. Sin embargo, ninguno ha analizado la cohesión y adaptabilidad familiar como una característica que en mayor o menor medida tienen todas las familias y que puede variar desde

el rango extremo (disfuncionalidad familiar) hasta el rango balanceado (funcionalidad familiar) según el Modelo Circumplejo de la dinámica familiar. (44)

Por lo expuesto, el objetivo de este estudio fue determinar el funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson a través de los componentes de cohesión y adaptabilidad que existe en adulto de 20 -59 años.

ESCALA PARA MEDIR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Cuestionario FACES III de Olson

La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner, y Lavee, fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Es la 3^o versión de la serie de escalas FACES, una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las tres dimensiones del Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales: como son la cohesión y la flexibilidad familiar. (34)

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

Confiabilidad y Validez de construcción

Sobre la confiabilidad de esta prueba, los autores han determinado que tanto la consistencia interna como la confiabilidad test- retest son buenas, reflejada en una cohesión del 77,87% y una adaptabilidad del 62,72%. En cuanto a la validez una de las mayores metas al desarrollar FACES III, fue reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad, para llevarla tan cerca a cero (0) como fuera posible. Del Faces II ($r = .65$) esta correlación se redujo casi a cero en Faces III ($r = .03$). Así resultaron dos dimensiones claramente independientes. Esto resultó en dos dimensiones claramente independientes, y ocasionó una buena distribución de los valores de estas dos dimensiones. (34)

Por otra parte en nuestro estudio aplicamos una versión adaptada de la escala breve de funcionamiento familiar Faces 20 ESP, la cual fue desarrollada en España tomando como base el Faces II. (34)

Confiabilidad, adaptación y validez del FACES -20-ESP.

La adaptación y validez del Faces-20-ESP en América latina se la realizó a través de varios estudios, en un estudio realizado en Chile, se obtuvo como resultados, que el instrumento demostró poseer buenas cualidades psicométricas al obtener en primer lugar un adecuado nivel de confiabilidad en ambas dimensiones teóricas - α 0,89 para cohesión, α 0.87 para adaptabilidad y α 0.93 para la prueba total-, lo que implica un grado de consistencia interna muy superior a los obtenidos en otras versiones del Faces empleadas en ese mismo país y varios países de América. (45) Este Modelo permite que una persona pueda clasificar a las familias en 16 tipos específicos o en tres grupos más generales, las cuales corresponden a familias balanceadas, familias de rango medio y familias extremas.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. (46)

En cuanto a la dimensión de cohesión:

La Cohesión Familiar es definida como los lazos emocionales que tienen entre si los miembros de la familia. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: vínculo emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. (47)

Niveles de cohesión familiar

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

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

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

En la cohesión relacionada/conectada, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

En la cohesión aglutinada/ enmarañada o enredada, en este nivel prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

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

La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos como:

- a) Poder (capacidad de afirmación, control, disciplina)
- b) Estilos de negociación
- c) Relaciones de roles y reglas de relación de la familia. (34)

Niveles de adaptabilidad familiar

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

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

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

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

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

La tercera dimensión del Modelo Circumplejo de Olson, la comunicación, no es evaluada por esta prueba debido a que en diversas investigaciones, en las cuales se ha empleado esta escala, se ha demostrado que las familias o parejas balanceadas tienen habilidades de comunicación más positivas que las familias o parejas extremas, es decir la comunicación se encuentra determinada por la cohesión y la adaptabilidad de manera directamente proporcional. (34)

Distribución de Ítems

La prueba consta de 20 ítems:

10 ítems corresponden a cohesión, los resultados relativos a la dimensión de cohesión se distribuyen en 2 ítems para cada una de los siguientes aspectos:

- a) Lazos emocionales (11-19)
- b) Límites familiares (7-5)
- c) Intereses comunes y recreación (13-15)
- d) Coaliciones (1-17)
- e) Tiempo y amigos (9-3).

10 ítems corresponden a adaptabilidad, se distribuye en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos:

- a) Liderazgo (6-18)
- b) Control (12-2)
- c) Disciplina (4-10)
- d) Roles y reglas de relación (8-14-16-20).

El Modelo permite clasificar a las familias en:

1.- En 16 tipos específicos:

2.- En tres grupos más generales:

a) Familias Extremas

b) Familias de Rango Medio

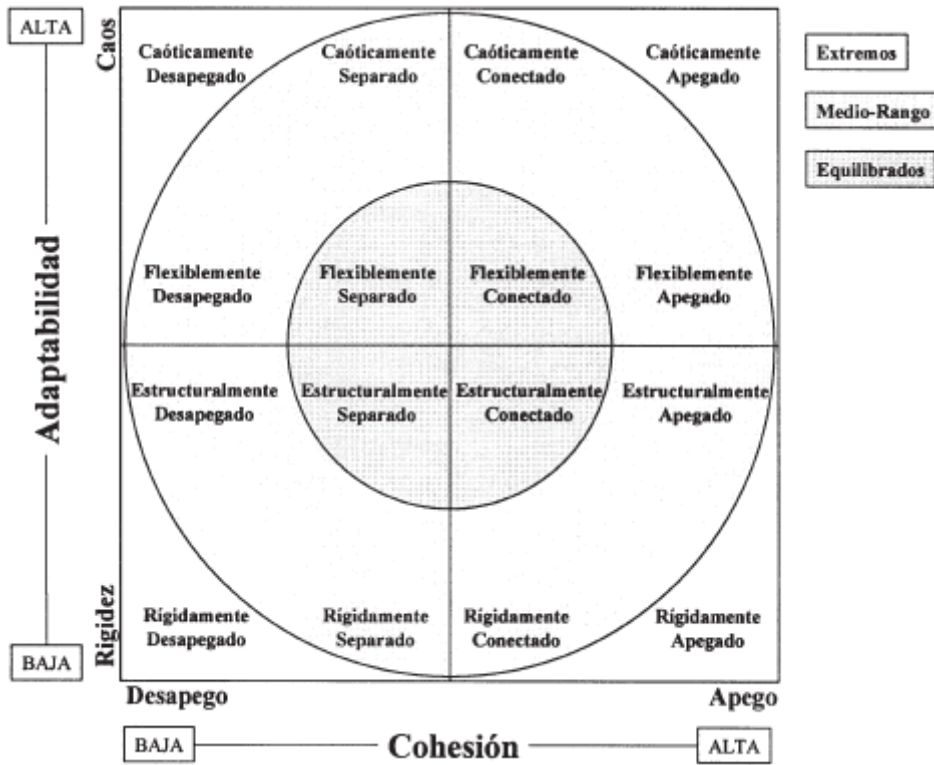
c) Familias Equilibradas

Clasificación de familias según FACES III (48)

	Alta	Bajo	Moderado		Alto
Alto	COHESIÓN	Desligada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
	ADAPTABILIDAD				
Moderado	Caótica	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	Flexible	Rango medio	Balanceadas	Balanceadas	Rango medio
	Estructurada	Rango medio	Balanceadas	Balanceadas	Rango medio
Baja	Rígida	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Interpretación

Olson (1985), considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tienen 4 rasgos y su correlación determina 16 tipos familiares, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar descritos anteriormente. (34)



Modelo Circumplejo de funcionamiento familiar. (adaptado de Olson et al. 1989).(46)

CAPITULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Definición

La prevalencia de la obesidad, su tendencia ascendente durante las dos últimas décadas y las complicaciones derivadas de la misma, han hecho que se vuelva una preocupación a nivel mundial.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) en comparación con el resto de países de Latinoamérica, en el 2008 el Ecuador se ubicó en el puesto nueve de prevalencia de adultos obesos. (31) De acuerdo con los resultados de la Encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adultos entre 20 y 59 años fue de 62,8 % en todas las regiones del país, lo que quiere decir que seis de diez adultos presenta un peso superior a lo recomendado, siendo también más frecuente en mujeres (65,5%) que en varones (60%), con una diferencia de 5 puntos. La prevalencia de esta patología crece conforme aumenta la edad de las personas (cuarta y quinta décadas) y el nivel socioeconómico, así, los adultos del quintil más rico tienen la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad frente a los adultos del quintil más pobre (66.4 vs 54.1%), el grupo étnico con mayor prevalencia fue el afroecuatoriano (64,4%) , y la subregión con mayor prevalencia fue la de galápagos (75,9%), seguida de Guayaquil (66,8%), los resultados globales indican que 20 de las 24 provincias tienen prevalencia de exceso de peso por encima del 60% es decir en el 70% del territorio ecuatoriano padece de sobrepeso y obesidad, pero en todo caso, las prevalencias estimadas constituyen un verdadero problema de salud pública, con implicaciones sociales y económicas. (15)

El sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca del 62,8/% de la población entre los 20 y 59 años de edad, con predominio en mujeres.

La presencia del sobrepeso y obesidad en el sistema familia conlleva a que cada uno de sus miembros presenten una carga emocional debido a su difícil tratamiento; además demanda medidas terapéuticas las cuales se basan en cambios en los hábitos de vida, como la dieta y la actividad física con todas las dificultades de adaptación que conlleva para el resto de los integrantes de la familia.

Debido a que se propone que la obesidad es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática, porque es en el ámbito familiar donde se desarrolla la conducta de cada uno de sus integrantes la misma que va a depender del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo, (12) la alteración de la dinámica familiar va a condicionar la persistencia de los problemas y la aparición de síntomas o de conductas dañinas, como sería la presencia de malos hábitos nutricionales y sedentarismo.(34)

De lo anteriormente mencionado y considerando el aumento importante de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en el Ecuador así como en los pacientes adultos que acuden día a día a la consulta del Hospital Un canto a la Vida y Fundación Tierra nueva en del sur de Quito durante los tres años en que llevo realizando la residencia, me surgió la siguiente pregunta de investigación:

Problema

¿Existe relación entre la alteración de la dinámica familiar y la presentación de sobrepeso y obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014?

Justificación.

Como se ha indicado anteriormente la alteración entre la ingesta calórica y el gasto energético, acompañado de una menor actividad física, se encuentran entre las primeras causas de enfermedades crónicas no transmisibles.

Según los resultados del ENSANUT sobre el consumo alimentario de la población ecuatoriana, en las últimas décadas nuestro país se encuentra atravesando por una secuencia de modificaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, en la alimentación, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos y con factores de salud, donde el mayor consumo de carbohidratos y menor consumo de grasa se presentan en las zonas menos desarrolladas y con menores recursos económicos. A esta situación nutricional se suma el hecho de llevar una vida sedentaria. (15)

Además se reporta que las enfermedades crónico no transmisibles están entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad y un 26% de todas las muertes, alta demanda de consultas y egresos hospitalarios en las últimas 2 décadas. (15)

Siendo de etiología multifactorial, como las variaciones genéticas, la pérdida de balance entre la ingestión de energía y el gasto y las actividades sedentarias, todo esto convierte al sobrepeso y a la obesidad en problemas de difícil control y

tratamiento. Pudiendo observarse también que la obesidad en las mujeres puede tener efectos más desfavorables que en los hombres, además de las repercusiones psicosociales y económicas negativas. Todo lo anteriormente anotado se refiere a que pueden modificarse dichos factores ambientales obesogénicos que tal vez influyan en el desarrollo y persistencia de los problemas de salud.(16)

Las familias disfuncionales presentan dificultades para adaptarse, así como para resolver conflictos; la rigidez y la resistencia de sus miembros pueden provocar la persistencia de los problemas y condicionan la aparición de síntomas o de conductas dañinas. (34)

Es la postura de la familia la que resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del afectado, tomando en cuenta también factores socioculturales en torno a la enfermedad o al grado de responsabilidad atribuida a la persona por su situación actual.(34)

El paciente obeso en el cual haya alteración en la dinámica familiar y que esté consciente de su condición y de las complicaciones a las que está expuesto, puede no aceptar el compromiso de reducción de peso o, si ya lo ha iniciado, lo puede abandonar en cualquier momento y agravar más su problema. Esta mala decisión y su solución es el resultado de la interacción entre factores y componentes de un sistema, por lo que es la familia la que desempeña un papel importante dentro de estos factores. El apoyo de la familia se relaciona con el cambio de conducta y con los resultados a largo plazo. Siendo así que un ambiente familiar disfuncional puede condicionar mayor ingestión de alimentos o

impedir que el individuo obeso se comprometa a llevar un tratamiento adecuado.
(34)

Es por esto que en este presente trabajo de investigación se propuso sensibilizar a que todo médico de familia utilice herramientas para valoración de la dinámica familiar como el FACES III, que nos orienta a encontrar las fortalezas y debilidades de la familia que pueden influir en el manejo de patologías como la obesidad.

En la consulta externa del Hospital Un Canto la vida y en la Fundación Tierra Nueva fue factible realizar el presente estudio debido a que existe una afluencia alta de pacientes que acuden por diversos motivos de consulta en desmedro de los relacionados con alteraciones de su peso más sin embargo mi propuesta pretendió concientizar la magnitud del problema de tener sobrepeso y obesidad y relacionarlos con la dinámica familiar.

Los problemas metabólicos como la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión arterial, la diabetes, etc. son considerados pandémicos debido al creciente número de personas que la padecen no solo en países del primer mundo, sino también en países en vías de desarrollo como el Ecuador, de ahí que se deben aunar esfuerzos desde el médico que ejerce su consulta privada hasta entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud Pública, para que además de realizar investigaciones en temas tan relevantes como estos, se ejecuten campañas de prevención primaria sobre alimentación balanceada, actividad física, entornos familiares adecuados desde edades tempranas para disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la finalidad a mediano y largo plazo será lograr que cada vez más personas puedan tener una mejor calidad de vida.

Por todo lo anteriormente anotado, la presente investigación tuvo como objetivo principal profundizar en el conocimiento de los principales factores psicológicos relacionados con la obesidad; sin pretender “psicologizar” el problema, y sin minimizar ni dejando de considerar como concomitantes los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.

Objetivos.

Objetivo general.

Determinar la relación entre la alteración de la dinámica familiar y la presentación de sobrepeso y obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a junio del 2014.

Objetivos específicos.

- a) Identificar la relación de los factores sociodemográficos como edad, género, estado civil, nivel de instrucción, e ingresos económicos con la presentación de sobrepeso u obesidad.
- b) Identificar la relación de los factores sociodemográficos como edad, género, estado civil, nivel de instrucción, e ingresos económicos con la alteración de la dinámica familiar.
- c) Conocer la prevalencia de sobrepeso/obesidad en los pacientes de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Un Canto a la Vida y la Fundación Tierra Nueva.
- d) Conocer la prevalencia de la alteración de la dinámica familiar en los pacientes de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Un Canto a la Vida y la Fundación Tierra Nueva.

Hipótesis.

Hi. A mayor alteración de la dinámica familiar mayor prevalencia de sobrepeso – obesidad en los pacientes de 20 -59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a junio del 2014

Ho. Las alteraciones de la dinámica familiar no se relacionan con la prevalencia de sobrepeso –obesidad en los pacientes de 20 -59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a junio del 2014

Operacionalización de las variables.

Descripción de variables

A) Variable Independiente:

Dinámica familiar

B) Variable dependiente:

Sobrepeso, obesidad.

C) Variables moderadoras.

Edad

Genero

Etnia

D) Variables confundidoras

Nivel de instrucción

Ingresos económicos

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

MARCO METODOLÓGICO

Naturaleza de la Investigación.

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, aleatorizado, para el funcionamiento familiar en pacientes con sobrepeso y obesidad en edades entre 20 a 59 años que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HUCV y FTN.

El objetivo fue conocer la asociación entre la presencia de sobrepeso u obesidad y el funcionamiento familiar.

Población.

La población estuvo constituida por todos los pacientes de 20-59 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la FNT y HUCV y que cumplieron con todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio a pacientes de 20 a 59 años de edad, ambos sexos, que supieron leer y escribir y que, previa información, consideraron su consentimiento por escrito para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión.

Presencia de enfermedad crónica al momento de la entrevista, sigan algún régimen dietético y vivan solos.

Muestreo:

Muestreo aleatorio simple probabilístico por saturación, seleccionados al azar en los días seleccionados a los pacientes entre 20-59 años de edad que acudieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar del HUCN y FTN en el periodo indicado.

Calculo de la muestra:

Se utilizó el programa SPSS v18, para el cálculo de la muestra para proporciones.

Para el cálculo de la muestra se necesitó los siguientes parámetros:

Prevalencia de sobrepeso-obesidad en Ecuador 62,8%

Calculada de acuerdo a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Ecuador en edades comprendidas entre 20 -59 años de acuerdo a la ENSANUT-ECU 2011-2013 es de 62,8 %

Con un nivel de confiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96), margen de error de 5% (valor estándar de 0,05).

Al tamaño de la muestra se aumentó en un 5% para hacer frente a imprevistos como la ausencia de respuesta o errores de registro con un **total del tamaño de la muestra 377 pactes.**

Descripción:

n = tamaño de la muestra requerido

t = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

p = prevalencia estimada de sobrepeso y obesidad en la zona del proyecto 62,8%

m = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

Procedimiento

Se solicitó la autorización a los directivos del Hospital Un canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de la ciudad de Quito.

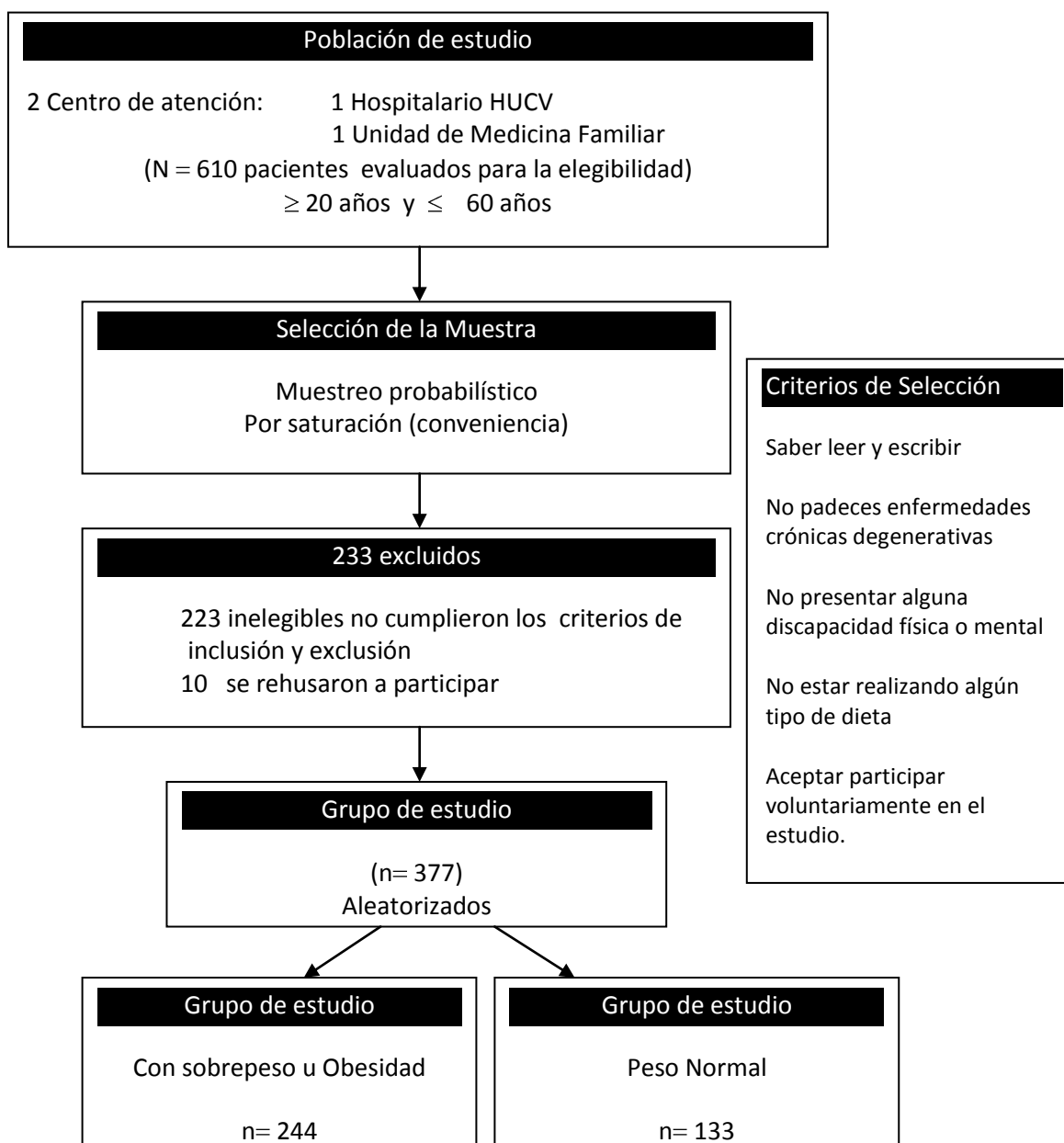
Se procedió a realizar una asignación de los días (fecha) en que se procederá a recoger la muestra, la misma que se realizó por aleatorización simple con ánfora de cartón, para la asignación de pacientes se realizó de manera aleatoria simple con ánfora de cartón, a todos los pacientes en edades entre 20-59 años se les indicó que deben seleccionar uno de los papeles enrollado dentro del ánfora, los mismos que contenían la inscripción de sí o no individualmente (número de dos) y de acuerdo a la selección se les informó si entran o no en el estudio.

En el caso de los pacientes se procedió a tomar las mediciones de estatura y peso las dos medidas se registraron en el cuestionario correspondiente para calcular el IMC.

Previo consentimiento informado y cumplimiento de los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, se procedió a aplicar el cuestionario FACES III de funcionalidad familiar, el mismo que fue respondido dentro de la consulta, la asignación se hizo de manera aleatoria simple, registrando adecuadamente a cada una de ellas para posteriormente evaluar los resultados de acuerdo a los parámetros establecidos en el diseño de la investigación.

El investigador estuvo presente durante todas las aplicaciones. Se dio instrucciones a los participantes acerca de cómo contestar el cuestionario, se informó también que las respuestas y los resultados serían confidenciales.

PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA.



Instrumentos de medición y técnicas

Peso: dicha medición se realizó con un analizador de composición corporal (balanza). Previa calibración del mismo, el sujeto se pesó sin zapatos; se verificó que la báscula indicara 0 al inicio de cada medición. (8)

Longitud: se midió con un estadiómetro. Sin zapatos, el sujeto se colocará en la base de la báscula, en posición vertical, con las puntas de los pies levemente separadas y los talones juntos. La cabeza, los hombros, las nalgas y los talones se mantuvieron en contacto con el plano vertical. El dorso estirado y los brazos a los lados, relajados. Se consideró la horizontalidad del plano de Frankfort (línea imaginaria del borde orbitario inferior en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo). El tope superior del instrumento se hizo descender suavemente aplastando el cabello y haciendo contacto con el vértice del cráneo y se registró la medida. (8)

Dinámica familiar: se evaluó a través del Instrumento de Medición de Dinámica Familiar FACES III, el cual consiste en un cuestionario de 20 reactivos, con una escala de cinco opciones del 1 al 5, que mide cohesión (los vínculos emocionales que cada uno de los miembros de la familia establece), adaptabilidad (capacidad de la familia para adoptar o cambiar reglas y comunicación), con el que se obtienen 16 combinaciones de familias que se clasifican finalmente en familias funcionales, con disfunción moderada y grave. (46)

Técnica instrumental

Fuente de datos: Hospital Padre Carollo – FUNDACIÓN TIERRA NUEVA, recolección de la información a los pacientes de 20-59 años, a través encuestas, previo consentimiento informado firmado por los participantes ver Anexo No 1

Instrumentos de recolección de datos:

Se aplicó un test para valorar funcionalidad familiar (FACES III); versión en español. (Ver anexo 2)

Plan de análisis:

Con respecto a las variables cuantitativas se utilizó un análisis descriptivo identificando la distribución de las mismas, así como las medidas de tendencia central con sus respectivas medidas de dispersión

Además un análisis bivariado para identificar posibles asociaciones utilizando medidas de asociación paramétricas y no paramétricas según sea el caso, ji cuadrado, para variables cualitativas, t student para variables cuantitativas, así como se identificó en el análisis las variables confundidoras y modificadoras de efecto en la búsqueda de asociación entre la variable dependiente y las variables independientes, se realizó gráficos, histogramas, box plot, etc. Según los hallazgos, la medida de asociación será en este caso OR. Para las variables cualitativas se realizó una descripción y se obtuvieron las respectivas proporciones.

Aspectos Bioéticas.

La confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio se la mantuvo mediante el anonimato de los participantes.

La forma como se obtuvo el consentimiento informado del estudio a los pacientes fue por medio de la explicación previa a la realización del cuestionario. Se procedió a explicar y proveer el objetivo, beneficios, incomodidades, riesgos, derechos del estudio y el rol que tienen los participantes en el mismo, siempre respetando su principio de autonomía.

Se proveyó de un consentimiento informado a cada uno de los participantes y a sus representantes. (Ver anexo 3)

CAPITULO 5

RESULTADOS

RESULTADOS

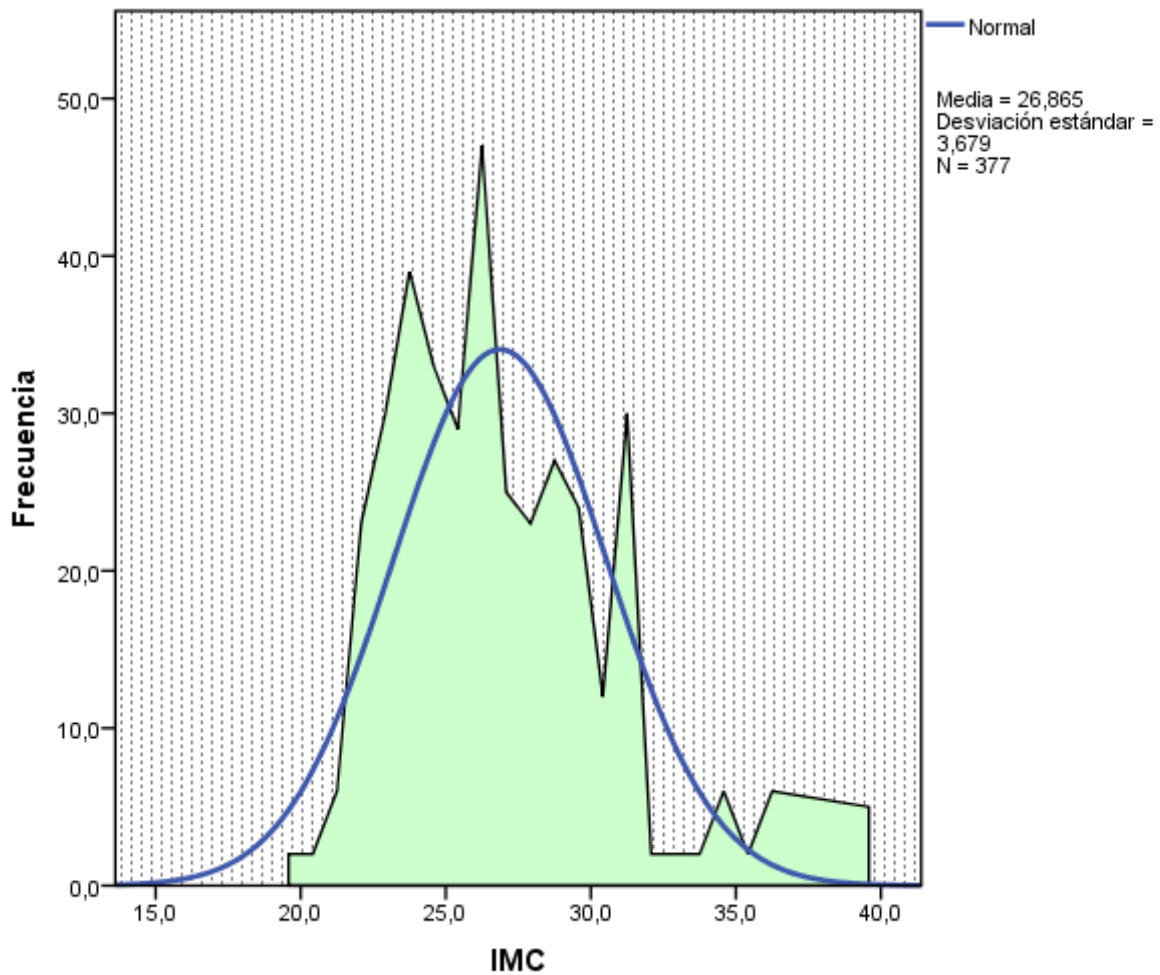
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

TABLA 5.1. Datos socio-demográficos de los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014

VARIABLES	N = 377	%
GÉNERO		
Masculino	170	45,1
Femenino	207	54,9
EDAD		
Adulto joven	284	75,3
Adulto medio	93	24,7
ESTADO CIVIL		
Con pareja	267	70,8
Sin pareja	110	29,2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Primero y Segundo nivel	218	57,8
Tercero y Cuarto nivel	159	42,2
INGRESOS ECONÓMICOS		
No cubren la canasta básica	168	44,6
Superiores a la canasta básica	209	55,4

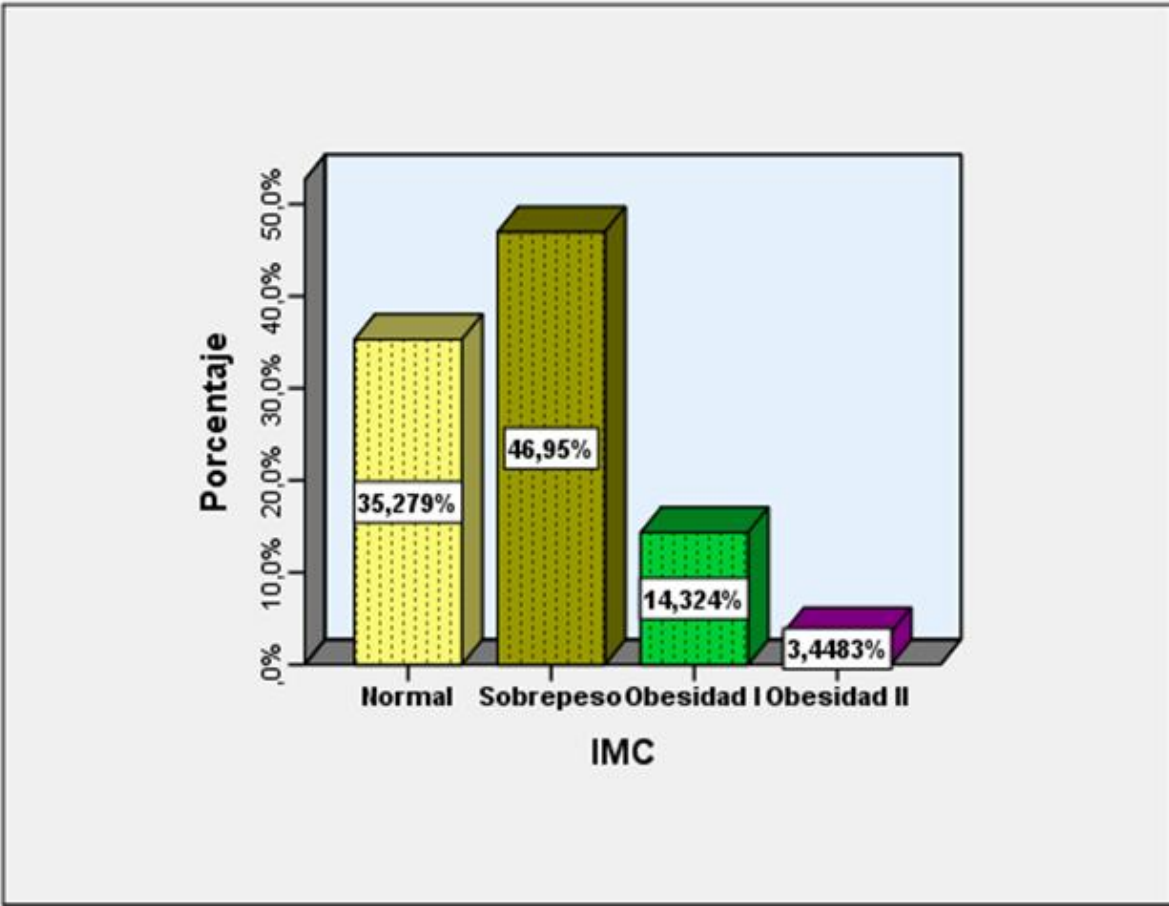
La tabla 5.1 corresponde a las características socio-demográficas de la población de estudio. Las mujeres prevalecieron en comparación a los hombres, la edad promedio de los pacientes es 37,07 (DE=10,65) y un alto porcentaje de ellos son adultos jóvenes. El estado civil preponderante fue casado (52,8%) seguido de, solteros (19,6%), unión libre (18%), separados o divorciados (6,4%), viudos 3,2%, para fines del estudio el estado civil se categorizó en dos de los cuales predominaron aquellos que tienen pareja. La mayoría de los pacientes presentó un nivel de instrucción correspondiente a la primaria y secundaria. Los ingresos económicos de los pacientes fueron superiores a los de la canasta básica avalada en 623 dólares según informes del INEC de enero del 2014.

FIGURA 5,1. Distribución de la población de estudio según el índice de masa corporal



En este gráfico podemos ver que la curva que se traza según el Índice de Masa Corporal de la población adopta una forma que no es simétrica, dirigida hacia la derecha, lo cual nos dice que el IMC de la población en estudio no es totalmente homogéneo o que no sigue una distribución normal.

FIGURA 5.2 Prevalencia de sobrepeso/obesidad en la población de estudio



En la **figura 5.2** se evidencia que el porcentaje acumulado del sobrepeso y obesidad es del 64,7 % y supera al de los pacientes que tienen un Índice de Masa Corporal normal.

TABLA 5.2. Variables socio-demográficas y presencia de sobrepeso u obesidad de los pacientes que acuden a la consulta externa de Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014

VARIABLES	Sobrepeso u Obesidad		Total	Valor de p	OR
	SI n (%)	NO n (%)			
GÉNERO					
Masculino	103 (42,2)	67 (50,4)	170 (45,1)	0,128	
Femenino	141 (57,8)	66 (49,6)	207 (54,9)		
EDAD					
Adulto joven	169 (69,3)	115 (86,5)	284 (75,3)	0,001	1.3
Adulto medio	75 (30,7)	18(13,5)	93 (24,7)		
ESTADO CIVIL					
Con pareja	181 (74,2)	86 (64,7)	267 (70.8)	0,05	1.5
Sin pareja	63 (25,8)	47 (35,3)	110 (29,2)		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
Primaria y Secundaria	150 (61,5)	68 (51,1)	218 (57,8)	0,05	1.5
Superior y especialidad	94 (38,5)	65 (48,9)	159 (42,2)		
INGRESOS ECONÓMICOS					
No cubre la canasta básica	108 (44,3)	60 (45,1)	168 (44,6)	0,874	
Superior a la canasta básica	136(55,7)	73 (54,9)	209 (55,4)		

La Tabla 5.2 muestra las características sociodemográficas de los pacientes con y sin sobrepeso u obesidad. Se aprecia que la mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad pertenece al género femenino, (57,78%), sin embargo mediante la prueba de chi cuadrado de pudo observar que la asociación entre el género de los pacientes y la presencia de sobrepeso y obesidad no es estadísticamente significativa p (0,128). En cuanto a los ingresos económicos se observa que en ambos grupos con y sin sobrepeso u obesidad los pacientes presentan en su mayoría ingresos económicos que superan a los de la canasta básica, y mediante la prueba t de student se pudo corroborar que no existe asociación estadísticamente significativa p (0,874) entre los ingresos económicos y la presencia de sobrepeso u obesidad,

El mayor riesgo presentar sobrepeso u obesidad se presenta en los pacientes pertenecientes a la edad correspondiente a adulto joven mediante la prueba t de student p (0,001), además utilizando la prueba chi cuadrado se encontró diferencias significativas en relación al estado civil (con pareja) p (0,052) y nivel de instrucción (primaria y secundaria) p (0,052)

RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON LA ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR.

TABLA 5.3. Variables socio-demográficas en las familias disfuncionales que acuden a la consulta externa del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014

VARIABLES	Familias disfuncionales		Total	Valor de p	OR
	SI n (%)	NO n (%)			
GÉNERO					
Masculino	119 (43,4)	51 (49,5)	170 (45,1)	0,49	
Femenino	155 (56,6)	52 (50,5)	207 (54,9)		
EDAD					
Adulto joven	188 (68,6)	68 (66)	256 (67,9)	0,23	
Adulto medio	86 (31,4)	35 (34)	121 (32,1)		
ESTADO CIVIL					
Con pareja	210 (76,6)	57(55,3)	267 (70.8)	0,05	2.5
Sin pareja	64 (23,4)	46 (44,7)	110 (29,2)		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
Primaria y Secundaria	168 (61.3)	50 (48.5)	218 (57.8)	0,02	1.6
Superior y Especialidad	106 (38.7)	53 (51.5)	159 (42.2)		
INGRESOS ECONÓMICOS					
No cubre la canasta básica	152 (55,5)	16 (15,5)	168 (44,6)	0,001	6.7
Superior a la canasta básica	122(44,5)	87 (84,5)	209 (55,4)		

La Tabla 5.3 muestra las características sociodemográficas de los pacientes en las familias disfuncionales. En cuanto al sexo y edad se observa que la mayor prevalencia se presenta en el sexo femenino y en adultos jóvenes correspondiente a las familias disfuncionales y se sigue esta misma tendencia para las familias funcionales, de tal manera se pudo observar que la asociación entre género mediante la prueba de chi cuadrado, edad mediante la prueba t student y la pertenencia a una familia disfuncional no resultó estadísticamente significativa (P 0,49) y (P 0.23), respectivamente.

Se puede observar que el mayor riesgo de pertenecer a una familia disfuncional se presenta en los pacientes pertenecientes al estado civil con pareja p (<0.05), nivel de instrucción primaria y secundaria p (0.02) analizado mediante la prueba de chi cuadrado y con en los pacientes con ingresos que no cubren la canasta básica p (0.001) analizado mediante la prueba de t student.

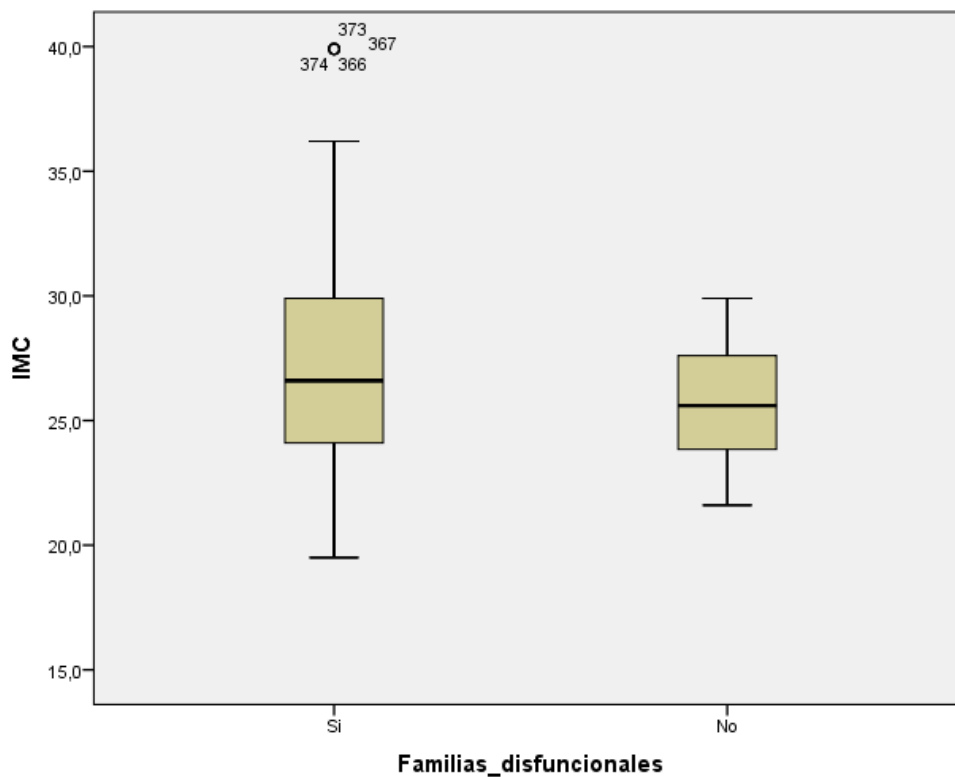
TABLA. 5.4 SUBTIPOS DE FAMILIAS SEGÚN LA ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)

ESCALA FACES III	Tipo	n (%)
Subtipos de familias		
1.-Semirelacionada flexible	Equilibradas	34 (9,0)
2.-Relacionada flexible		20 (5,3)
3.-Semirelacionada estructurada		29 (7,7)
4.-Relacionada estructurada		20 (5,3)
5.-Semirelacionada caótica	Rango Medio	85 (22,5)
6.-No relacionada flexible		43 (11,4)
7.-No relacionada estructurada		3 (0,8)
8.-Semirelacionada Rígida		14 (3,7)
9.-Relacionada rígida		3 (0,8)
10.-Aglutinada estructurada		22 (5,8)
11.-Aglutinada flexible		7 (1,9)
12.-Relacionada caótica		50 (13,3)
13.-No relacionada caótica	Alto riesgo	28 (7,4)
14.-No relacionada rígida		1 (0,3)
15.-Aglutinada Rígida		10 (2,7)
16.-Aglutinada caótica		50 (13,3)

En la **Tabla 5.4** Se muestra las diez y seis subtipos de familias de escala FACES III y su frecuencia en la población de estudio. Es importante destacar que dentro de las familias balanceadas el subtipo más frecuente es la semirelacionada flexible 34 (9%), dentro del tipo medio se encuentra la familia semirelacionada caótica 85(22,5%) y dentro del tipo de alto riesgo se encuentra la familia aglutinada caótica 50 (13,3%)

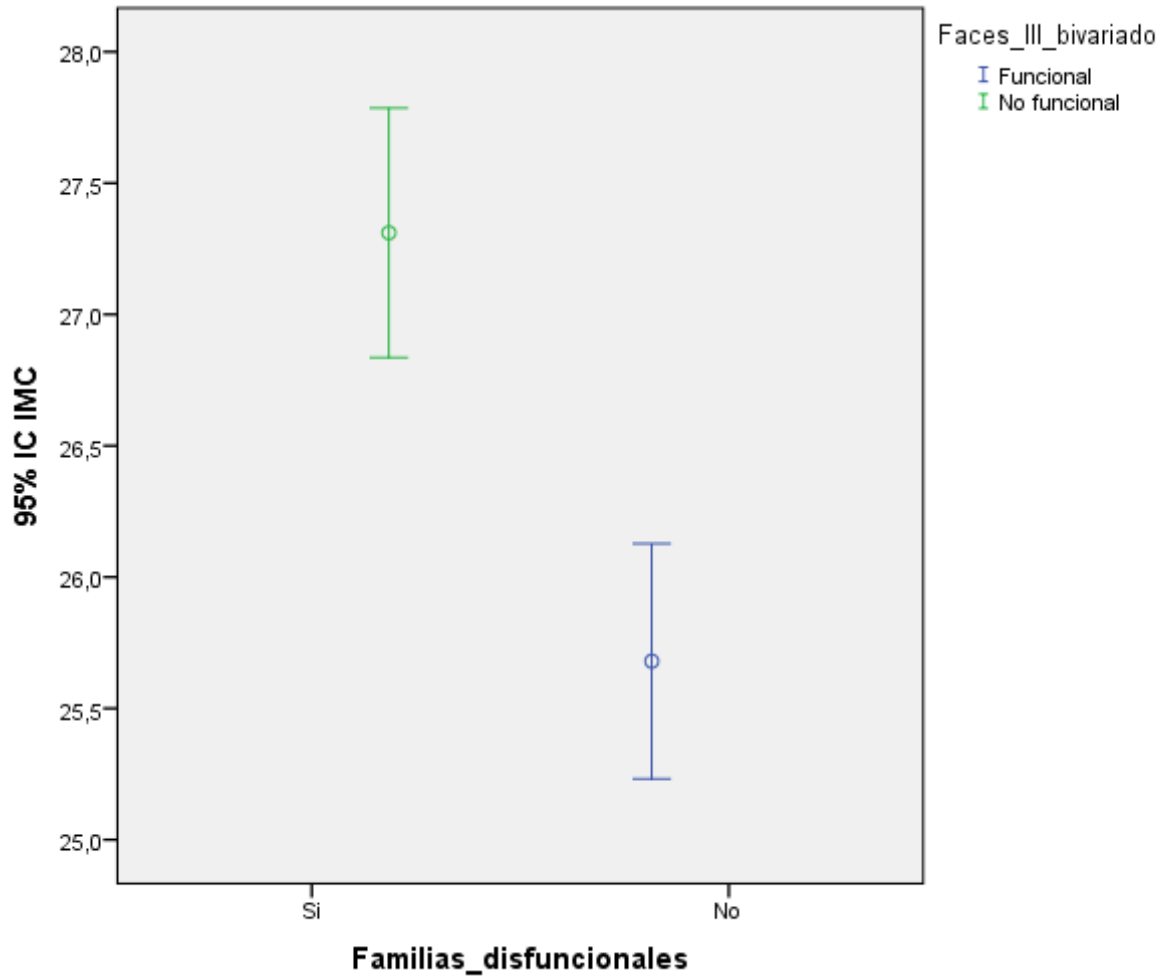
RELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO Y OBESIDAD Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR.

FIGURA 5.3 Relación de la pertenencia a una familia disfuncional y los valores de índice de masa corporal



En la **figura 5.3** se observa que la media del índice de masa corporal en las familias funcionales es de 25,68 (DE 2,29) p25=23,8 y p75=27,6, la moda 26,4, la media de índice de masa corporal en las familias disfuncionales es de 27,3 (DE 3,99) p25=24,1 p75=29,9, la moda es 29,1

FIGURA 5.4 RELACIÓN DE LAS MEDIAS DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LAS FAMILIAS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES



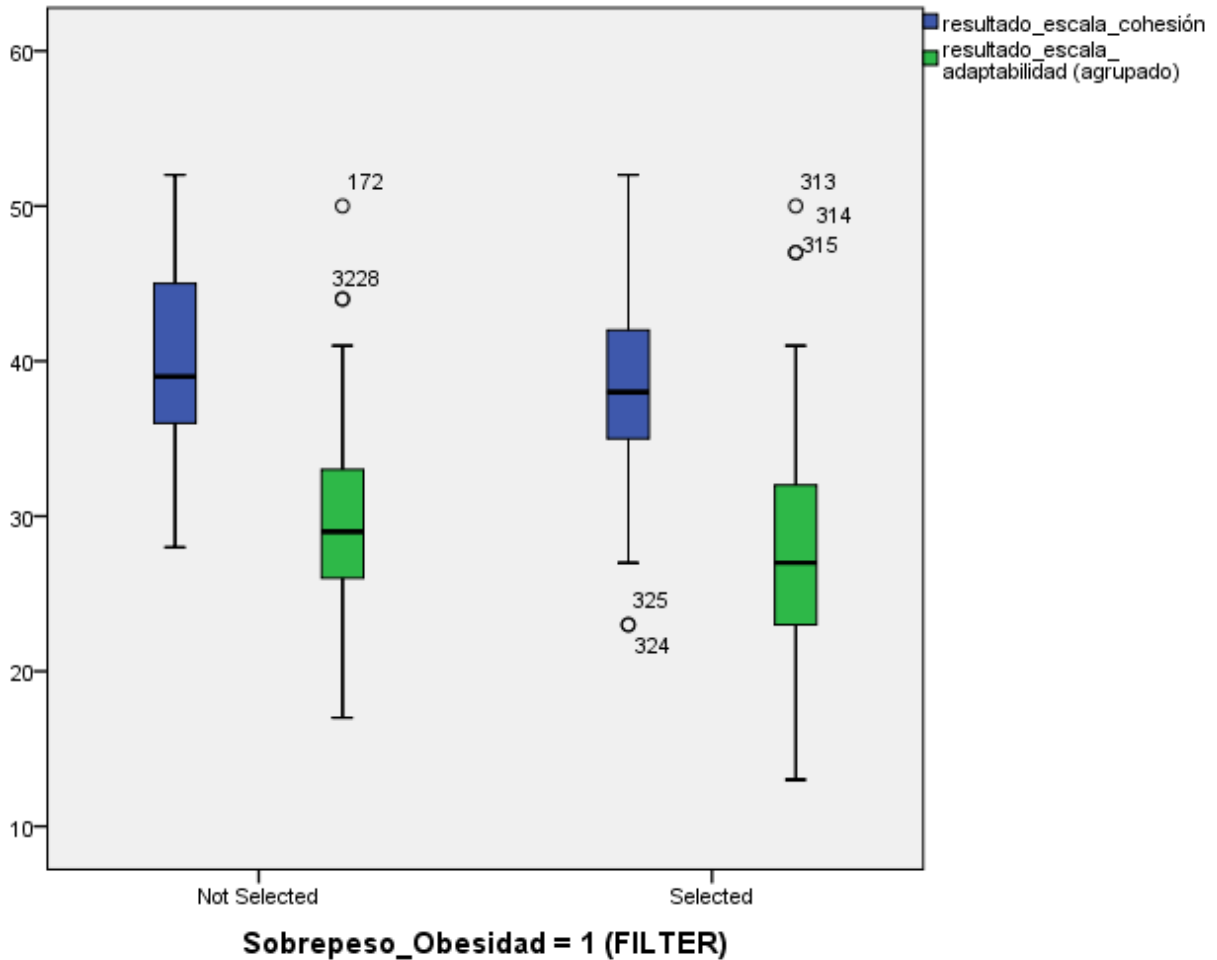
En la Figura 5.4 podemos ver que hay diferencia significativa entre las medias del Índice de masa corporal de las familias funcionales y disfuncionales con un Intervalo de confianza del 95%.

TABLA 5.5 Relación de la presencia de sobrepeso y obesidad y la pertenencia a una familia disfuncional de los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a julio del 2014

VARIABLES**		Sobrepeso u	Obesidad	OR	Valor P
		SI n (%)	NO n (%)		
Familias	Si	188 (77,0)	89 (66,9)	1,83	0,01
Disfuncionales	No	56 (23,0)	47 (35,3)		

En la tabla 5.5 se evidencia que las personas que pertenecen a familias disfuncionales presentan 1,8 veces más probabilidad de tener sobrepeso y obesidad, la asociación fue estadísticamente significativa Chi 2 p 0.01 OR= 1.83 (IC95% 1.15 – 2.91)

FIGURA 5.5 Relación de la presencia de sobrepeso y obesidad y los valores de las subescalas de cohesión y adaptabilidad del FACES III.



En la figura 5.5 se muestra que en los pacientes que tienen sobrepeso u obesidad la media de la escala de cohesión es de 39,01 (DE=6,52) p25=35 y p75=42, la mediana es 38 y la moda es 32. La media de la escala de adaptabilidad es 27,25 (DE=6,74) p25=24 y p75=32, la mediana es 27 y la moda es 32. La familia más frecuente es la no relacionada caótica (11,9%)

En los pacientes que no tienen sobrepeso u obesidad la media de la escala de cohesión es de 40,05 (DE=4,02) p25=36 y p75=45, la mediana y la moda es 39 respectivamente. La media de la escala de adaptabilidad es 30,11 (DE=5,44) p25=26y p75=33,5, la mediana es 29 y la moda es 26. (Figura 3). La familia más frecuente es la semirelacionada flexible (15,8%)

DISCUSIÓN

En el Ecuador la obesidad va en aumento en las últimas décadas. Según la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO) el Ecuador para el 2012 ocupó el puesto número trece entre los países de América latina en cuanto a la prevalencia de obesidad en adultos. (15)

Siendo también el principal factor para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles constituido por la diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad cerebrovasculares, las cuales según el ENSANUT ECU 2011-2013 reporta que están entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad y representan el 26% de todas las muertes, además aportan la mayor cantidad de consultas y egresos hospitalarios en las ultimas 2 décadas. (6)

El incremento en la ingesta energética y la disminución de la actividad parecen ser las causas predominantes, sin embargo, la dificultad en su manejo nos demuestra la complejidad de esta enfermedad considerada como multifactorial, en la que parecen conjuntarse estrechamente factores genéticos, fisiológicos, ambientales, sociales, económicos, medicamentos, que interactúan en su desarrollo. (16)

Con base a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos en la población seleccionada se pretende discutir la relación entre el funcionamiento familiar y la presentación del síntoma de obesidad, entre otros resultados obtenidos.

En la comprobación de resultados se encontró una relación estadísticamente significativa entre la alteración de la Dinámica Familiar y la presentación de sobrepeso y obesidad, con lo cual, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa.

Para poder representar los resultados a la población general se realizó un muestreo probabilístico, sin embargo no se pudo comprobar en su totalidad la homogeneidad de la población estudiada, porque de las cinco variables estudiadas solo dos (genero e ingresos económicos) fueron similares (no hubo diferencia estadística), en la distribución de la población en adultos obesos y no obesos, siendo las tres restantes (edad, estado civil y nivel de instrucción) estadísticamente significativas.

Con respecto a las características de la población en pacientes obesos y no obesos, se pudo observar. En cuanto a la variable género podemos observar que predominó el género femenino en el grupo de paciente obesos con una diferencia del 15%, sin embargo esta no fue significativa, este resultado fue esperado y se correlaciona con el resultado obtenido en la encuesta ENSANUT-ECU 2011-2013, donde predominó el género femenino con una diferencia de 5,5% sobre el masculino en pacientes adultos con sobrepeso u obesidad. (15) .

Al analizar la variable edad hubo diferencias significativas ($p < 0,001$) a favor de paciente pertenecientes al grupo de adulto joven (20-40 años) y con OR de 1,3, lo cual quiere decir que existe 1,3 veces mayor probabilidad de que el sobrepeso u obesidad se presente en este grupo de edad, lo cual difiere con el resultado de la encuesta ENSANUT-ECU 2011-2013, donde se obtuvo como resultado que el

mayor índice se presenta en la cuarta y quinta décadas de vida, con prevalencias superiores a 73%. (15)

La asociación de pertenencia a un nivel de instrucción menor y la presencia de sobrepeso u obesidad fue estadísticamente significativa ($P = 0,02$) y OR 1,5 lo que nos indica que existe 1,5 más probabilidades de que los pacientes con sobrepeso u obesidad presenten bajo nivel de instrucción. A diferencia de los pacientes con peso normal donde se observó que el tener un nivel superior de instrucción es un factor preponderante.

En los dos grupos con y sin sobrepeso u obesidad los pacientes presentan en su mayoría ingresos económicos que superan a los de la canasta básica, pero no encontramos asociación estadísticamente significativa entre los ingresos económicos y la presencia de sobrepeso u obesidad ($P = 0,874$), presentando resultados similares a los obtenidos en la encuesta ENSANUT-ECU 2011-2013, donde se puede observar que el sobrepeso y obesidad aumentó con el nivel socioeconómico; así, los adultos del quintil más rico tienen la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad frente a los adultos del quintil más pobre (66.4 vs 54.1%). (15)

Sin embargo los resultados obtenidos correlacionan con diversos estudios a nivel mundial los cuales avalan que el aumento del exceso de peso es el resultado de la situación nutricional que ha evolucionado en forma diferente en Latinoamérica, la amplia disponibilidad de alimentos ricos en calorías, carbohidratos, disminución de la ingesta de vegetales, en combinación con una declinación cada vez mayor en la actividad física, estilos de vida sedentarios en un entorno más urbanizado y que promueve el uso de tecnología que limita dicha actividad, en particular en los

niños, adolescentes y adultos, lo cual ha contribuido de manera importante al aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años. (13)

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso u obesidad en la población general evidenciamos que del 100% de la población estudiada entre 20 a 59 años de edad presento una prevalencia del 64.72%, lo cual correlaciona con los resultados obtenido en la última encuesta realizada en el Ecuador por la ENSANUT-ECU 2011-2013 la cual obtuvo como resultado una prevalencia del 62,8%. (15)

Según Minuchín la dinámica familiar de acuerdo al enfoque sistémico, comprende todos aquellos eventos intrafamiliares los cuales comprenden relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros. (33)

Al relacionar la funcionalidad familiar con las características de la población pudimos observar que en cuanto al género, predominó el femenino con una diferencia no significativa ($p = 0,49$), con la variable edad predominó el grupo de adultos jóvenes con diferencias significativas ($p < 0,001$), con la variable estado civil predominó el grupo de personas con pareja con diferencia significativa ($p < 0,05$), y con la variable nivel de instrucción predominó el grupo de primaria con diferencia significativa ($p < 0,05$). En la variable nivel de instrucción predominó los pacientes cuyo sueldo no cubrían la canasta básica, con diferencia significativa ($p < 0,001$).

Al valorar de manera global mediante el FACES III, se evidenció que los pacientes que pertenecen a familias disfuncionales presentaron 1,8 veces más probabilidad de tener sobrepeso y obesidad, que los que pertenecían a familias

funcionales, presentando una asociación estadísticamente significativa χ^2 $p < 0.01$ OR= 1.83 (IC95% 1.15 – 2.91) , con una media de la escala de cohesión y adaptabilidad de 39,01 y 27,25 respectivamente, la familia no relacionada caótica fue la más afectada, estos datos concuerdan con varios estudios, en los que se indica que la disfunción familiar tiene una alta prevalencia y que las familias no relacionadas caóticas son las más frecuentes. Por los resultados obtenidos se pudo establecer que existe una correlación entre la alteración de la Dinámica familiar y la presentación de sobrepeso u obesidad. (49)

No obstante lo anterior, existen pocos estudios en el mundo y en Ecuador en los cuales se haga énfasis en explorar la disfunción de la dinámica familiar como un factor de riesgo per se para sobrepeso y obesidad en el adulto. En el presente estudio, la puntuación global de la dinámica familiar mediante escala FACES III, mostró diferencias significativas entre familias de adultos obesos versus no obesos, y la prevalencia de probable disfunción familiar en adultos obesos fue de 77 % versus 66 % en familias de adultos no obesos. Iguales resultados observados en otras patologías.

Sin desmerecer la importancia de los ya conocidos y relacionados factores de riesgo causantes del sobrepeso y obesidad (genéticos, fisiológicos, ambientales, sociales, económicos, medicamentosos), consideramos a la disfunción de la dinámica familiar también como un factor adicional. (16)

En tal sentido, se considera necesario explorar la importancia potencial y la dimensión social que tiene la familia bien estructurada como un factor de protección contra esta patología y sus múltiples complicaciones secundarias.

CAPITULO 6
CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados descritos puede inferirse que, es importante explorar a mayor profundidad el papel que desempeña la dinámica de las familias ecuatorianas principalmente del sur de Quito en la patogenia de la obesidad y sus comorbilidades que pueden dejar secuelas irreversibles en la vida de los pacientes, pudiendo ser vulnerables dependiendo de la etapa crítica en la que se encuentren.

Los pacientes con sobrepeso u obesidad pertenecen a familias disfuncionales, y el tipo de familia más frecuente según la escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III), fue la familia no relacionada caótica.

En cuanto a su prevalencia, más de la mitad de la muestra presentó sobrepeso u obesidad y disfuncionalidad familiar.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los pacientes adultos jóvenes, con pareja y con bajo nivel de instrucción. No se encontró asociación entre sobrepeso y obesidad y género e ingresos económicos.

La prevalencia de disfuncionalidad familiar fue mayor en los pacientes adultos jóvenes, con pareja y con bajo nivel de instrucción e ingresos económicos. No se encontró asociación entre sobrepeso y obesidad y género aunque más frecuente fue el femenino. Por lo que podemos concluir que a menor edad (adulto joven), presencia de relación de pareja, a menor nivel de instrucción, los pacientes con disfuncionalidad familiar tendrán mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad.

Tomando en cuenta el grupo de disfunción familiar, se demuestra significativamente que existen diferencias entre las familias de los pacientes con sobrepeso y obesidad de los no obesos y que la población general estudiada presenta en su conjunto alta frecuencia de disfunción familiar, por lo que no solo debe darse apoyo dietético y prescribir actividad física, sino que también es importante brindarle terapia familiar dirigida hacia la solución de problemas que afectan la funcionalidad familiar.

RECOMENDACIONES

La familia es un ambiente en el cual los individuos interactúan con su medio y se produce el desarrollo emocional de los mismos, siendo vulnerables al presentar una alteración en su estructura. En nuestro caso hablamos de los pacientes adultos que acudieron a la consulta externa del Hospital Padre Carollo y Fundación Tierra Nueva en el sur de Quito.

Consideramos que sería importante realizar estudios más amplios y profundos que nos permitan conocer la medida en que la alteración de la estructura familiar va a determinar la presencia de crisis dentro de la familia presentando como resultado el desarrollo de sobrepeso u obesidad.

Es necesario tener presente que la obesidad es una enfermedad crónica, por lo que requerirá de terapia durante toda la vida. Con un manejo difícil debido a su etiología multifactorial, más cuando la terapéutica va dirigida a un único aspecto, el dietético-nutricional. Por lo que se considera que el tratamiento debe ser integral y multidisciplinario y que la motivación de los pacientes como de los prestadores de servicios de salud sea un hecho fundamental.

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

Se sugiere la realización de estudios en los que se utilicen diversas maniobras tales como el apoyo dietético, la actividad física, la terapia familiar y con mayor tiempo de seguimiento para determinar la relación causa-efecto.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. World Health Organization; 2014 p. 1–4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Gónzalez, Mejía M, Angulo L DM. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes. Rev Fac Med Univ Los Andes [Internet]. 2005 [cited 2014 Apr 27];12:26–30. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 [Internet]. Ginebra-Suiza; 2003 p. 1–140. Available from: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. [Internet]. Ginebra-Suiza; 2010 p. 1–56. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
5. Brav G. Up to Date [Internet]. 2014. Available from: www.uptodate.com
6. Gargallo M, Basulto J, Betrón I, Et.al. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Rev Española Obes [Internet]. 2011;9:1–78. Available from: file:///C:/Users/JOSE/Desktop/Consenso_SEEDO.pdf
7. Smemo S, Tena JJ, Kim K-H, Gamazon ER, Sakabe NJ, Gómez-Marín C, et al. Obesity-associated variants within FTO form long-range functional connections with IRX3. Nature [Internet]. 2014 Mar 20 [cited 2014 Jul 10];507(7492):371–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24646999>
8. Ricardo YR. Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos ; una revisión ANTHROPOMETRY IN THE DIAGNOSIS. 2012;27(6):1803–9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/05revision04.pdf>
9. Rs P, Rucker D, Sk L, Curioni C, Dcw L. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight (Review). The Cochrane [Internet]. 2009;(1):1–96. Available from: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004094>
10. Schmidt M, Johannesdottir SA, Lemeshow S, Lash TL, Ulrichsen SP, Bøtker HE, et al. Obesity in young men , and individual and combined risks of type 2

diabetes , cardiovascular morbidity and death before 55 years of age : a Danish 33-year follow-up study. *BMJ* [Internet]. 2013;1–3. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002698.full.pdf+html>

11. Lu Y, Hajifathalian K, Ezzati M, Woodward M, Rimm EB, Danaei G. Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1·8 million participants. *Lancet* [Internet]. 2014 Mar 15 [cited 2014 Jul 13];383(9921):970–83. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3959199&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
12. Morales J. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* [Internet]. Primera. México; 2010. Available from: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf
13. George A Bray. Etiology and natural history of obesity [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 22]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/etiology-and-natural-history-of-obesity?topicKey=ENDO/5377&elapsedTimeMs=0&source=search_result&searchTerm=obesity+in+adults&selectedTitle=4~150&view=print&displayedView=full
14. Lilian G. Perez, MPH, Elva M. Arredondo, PhD, John P. Elder, PhD, MPH, Simón Barquera, MD, PhD, Brian Nagle, MPH, Christina K. Holub, PhD M. Evidence-Based Obesity Treatment Interventions for Latino Adults in the U.S. A Systematic Review. *Am J Prev Med* [Internet]. 2013;Prev Med 2013;44(5):550–560). Available from: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(13\)00106-2/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(13)00106-2/pdf)
15. Freire WB, Ramírez M, Belmont P, Mendieta M, Silva M, Romero N, et al. Resumen Ejecutivo TomoI. Encuentos Nacional de Salud y Nutricion ENSANUT-ECU 2011-2013. Primera. Quito-Ecuador; 2013. p. 1–111.
16. Up to Date. Pathogenesis of obesity [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 22]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-obesity?topicKey=ENDO/5378&elapsedTimeMs=0&source=search_result&searchTerm=obesity+in+adults&selectedTitle=7~150&view=print&displayedView=full
17. Barría RM, Amigo PH. Transición Nutricional : una revisión del perfil latinoamericano. *Rev la Fac Med la Univ Chile*. 2010;(1).
18. Sociales UA de J y. Retos y Alcances de la Investigación Conductual. In: Carro E, editor. *Memorias del congreso nacional de ciencias del comportamiento* [Internet]. 2012. p. 1–871. Available from: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1336/index.htm>

19. González-rico JL, Vásquez-garibay EM, Cabrera-pivaral CE, González-pérez GJ. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Rev Med del Inst Segur Soc México*. 2012;50(2):127–34.
20. Guzmán R, Del castillo A, García M. Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad un enfoque multidisciplinario* [Internet]. 2010th ed. México; 2010. p. 201–18. Available from: www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf
21. López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Update: systemic diseases and the cardiovascular system (i): obesity and the heart. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2011 Feb [cited 2014 May 5];64(2):140–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21277668>
22. Hurt RT, Kulisek C, Buchanan L a, McClave S a. The obesity epidemic: challenges, health initiatives, and implications for gastroenterologists. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* [Internet]. 2010 Dec;6(12):780–92. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3033553&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Lenz M, Richter T, Mühlhauser I. The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2009 Oct [cited 2014 Jul 10];106(40):641–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2770228&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. Lozano MJL, González AS. Actualización en Obesidad. Coruña; 2010;101–7. Available from: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_2/Para_saber_de_01_vol17_n2.pdf
25. Egger G, Dixon J. Beyond obesity and lifestyle: a review of 21st century chronic disease determinants. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 Jan;2014:731685. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3997940&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
26. Sierra GL. Evaluación del paciente obeso. 2010;355–72.
27. Up to Date. Detection and clinical evaluation of obesity in adults [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 22]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/screening-for-and-clinical-evaluation-of-obesity-in-adults?source=search_result&search=obesity+in+adults&selectedTitle=3~150

28. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) [Internet]. Archives of Internal Medicine. 1991 Jun p. 1–211. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.1991.00400060019005>
29. López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Update: systemic diseases and the cardiovascular system (i): obesity and the heart. Rev española Cardiol [Internet]. 2011 Feb [cited 2014 Jun 2];64(2):140–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21277668>
30. George A Bray. Dietary therapy for obesity [Internet]. 2014. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-dietary-therapy>
31. Food and Agriculture Organization. Sistemas alimentarios para una mejor nutrición [Internet]. 2013 p. 1–132. Available from: www.fao.org/3/a-i3300s.pdf
32. OMS. Indices Estadísticos de la Salud de la Familia.pdf [Internet]. Ginebra; 1976. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_587_spa.pdf
33. Patricia Minuchin. Families and Individual Development: Provocations from the Field of Family Therapy. 1985;289–302. Available from: http://cfc.uoregon.edu/classes/CPSY_642/Readings/Class 5/P Minuchin, 1985.pdf
34. Martínez-Pampliega A. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español 1. Int J Clin Heal Psychol. 2006;6:317–38.
35. Superiores E, Revista I, Vol I, Trujano S. TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PROBLEMAS FAMILIARES. ANÁLISIS DE UN CASO. Rev Electrónica Psicol Iztacala [Internet]. 2010;Vol. 13 No:87–104. Available from: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>
36. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar [Internet]. Gedisa, editor. Barcelona; 2003. Available from: <http://www.mediafire.com/download/6x2lak636viod65/Familia+y+terapia+familiar.pdf>
37. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. Constitucion de la republica del ecuador 2008 norma: publicado: [Internet]. Quito-Ecuador; 2008 p. 38. Available from: <http://ecuadorforestal.org/wp->

content/uploads/2010/05/CONSTITUCION_DE_LA_REPUBLICA_DEL_ECUADOR_20081.pdf

38. Gonzáles C. TEORÍA ESTRUCTURAL FAMILIAR [Internet]. [cited 2014 Jul 8]. Available from: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>
39. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios: Las Familias Por Dentro. America. Quito-Ecuador; 2007.
40. Minuchin S, Fishman C. Tecnicas de Terapia Familiar [Internet]. Paidós SAI. Buenos Aires; 2004. Available from: <http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/Salvador+Minuchin++T%C3%83%C2%A9cnicas+de+Terapia+Familiar.pdf>
41. Gónzales J. La familia como sistema. Rev Paceaña Med Fam. 2007;4(6):111–4.
42. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Cuba; Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm#cita
43. Alemán J. Capitulo 4 - Modelo Circumplejo de Olson [Internet]. 2010. p. 1–2. Available from: [dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo 4.pdf](dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/572/5/Capitulo%204.pdf)
44. Patricia CP, Nakamura L, Liz C, Inés SM. Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. 2009;2(2):80–5. Available from: http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista2_2/olson_2_2_5
45. Latinoamericana R, Sociales DC. Adaptación y validación del Faces-20-ESP : Re-conociendo el funcionamiento familiar en. 2012;10:219–34. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2012000100014&script=sci_arttext
46. Martinez A, Iraurgi I, Sanz M. Validez estructural del FACES-20Esp : Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar Structural Validity of the FACES-20Esp : Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale , Spanish version of 20 items. 2011;1:147–65. Available from: http://www.aidep.org/03_ridep/R29/r29art8.pdf
47. Fowers BJ, Olson DH. Predicting Marital Success With PREPARE : A Predictive Validity Study. J Marital Fam Ther [Internet]. 1986;12(4):403–13. Available from: <http://prepare-enrichindia.com/images/stories/pdf/research/study1.pdf>

48. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III : ¿ Modelo de dos o tres factores ? Family Functioning Evaluation Scale FACES III : Model of two or three factors ? Escritos Psicol. 2010;3(1417):30–6.
49. La M. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria Analysis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare. 2006;

ANEXOS

ANEXO 1.

ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA PRESENTACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA DE MAYO A JUNIO 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Código-HCI:

Parentesco:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Nivel de instrucción:

Estado Civil:

Etnia:

Ingresos económicos:

Procedencia:

Teléfono.

Peso:

Talla:

IMC:

ANEXO 2.

ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA PRESENTACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA DE MAYO A JUNIO 2014.

Faces III (Family Adaptability and Cohesion Scales)

1- Encuesta para familias totales (Las versiones son parecidas para la familia percibida y para la ideal)

Familia Percibida: Describa su familia como la ve ahora.

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

1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.
2. Las sugerencias de los hijos son atendidas, cuando se trata de resolver problemas.
3. Aprobamos a los amigos de cada uno de los miembros de la familia.
4. Los hijos pueden opinar sobre su propia disciplina.
5. Nos gusta hacer cosas juntos, en nuestra familia.
6. En nuestra familia, diferentes miembros actúan como líderes.
7. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a los otros miembros que a la gente de afuera.
8. Nuestra familia cambia las maneras de realizar tareas.
9. A los miembros de nuestra familia les gusta pasar el tiempo libre unos con otros.
10. Los padres y los hijos discuten los castigos juntos.
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno de los otros.
12. Los chicos toman decisiones en nuestra familia.
13. Cuando nuestra familia comparte actividades, todos sus miembros están presentes.

14. Las reglas cambian en nuestra familia.
15. Nosotros podemos pensar fácilmente en cosas para hacer juntos como familia.
16. Nos intercambiamos las responsabilidades de tareas hogareñas.
17. Los miembros de la familia se consultan los unos a los otros, para tomar sus decisiones.
18. Cuesta identificar al líder de la familia.
19. La unión de la familia es lo importante.
20. No es fácil decir cuáles son los roles familiares de cada uno.

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE.

ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA PRESENTACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA Y FUNDACIÓN TIERRA NUEVA DE MAYO A JUNIO 2014.

(Investigación previa la obtención del título de especialista en Medicina Familiar)

Investigador: Dr. José Galárraga. Residente del HUCV y FTN de Tercer Año, Medicina Familiar PUCE.

Director de Tesis: Dr. Galo Sánchez

OBJETIVO:

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la presentación de sobrepeso y obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Un Canto a la Vida y Fundación Tierra Nueva de mayo a junio del 2014

Investigación que se realizará bajo estrictas normas de bioética y anonimato de los participantes, los cuales han sido seleccionados aleatoriamente, y deberán responder a un cuestionario que será tomado en la institución, previa autorización del mismo.

Solicito muy comedidamente su colaboración y autorización para la participación en dicha investigación, si así lo desea por favor colocar su firma en la parte inferior.

Gracias

Firma del Paciente

Cédula de Identidad: _____

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

RECURSOS NECESARIOS: Hemos considerado los siguientes gastos:

Concepto	Valor (dólares)
Internet	30
Movilización	50
Impresiones	200
Copias	50
<i>Subtotal</i>	<i>330</i>
Otros gastos (10%)	40
TOTAL	370

