



FACULTAD DE MEDICINA

**CORRELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO Y LA
OBESIDAD CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
SUBCENTRO DE SALUD SAYAUSI**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Autora: Md. Fabiola Riquetti P.

Director: Dr. Wilson Siguencia C.

Cuenca, Ecuador

2011

CONTENIDO

RESUMEN	2
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Clasificación.....	4
Fisiopatología	5
Magnitud del problema	6
Historia y aspectos Ideológico-Culturales	6
La obesidad en la pobreza.....	7
DETERMINANTES DE LA OBESIDAD.....	10
Determinantes Individuales de la obesidad.....	10
Determinantes sociales de la obesidad	11
METODOLOGÍA	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS	36
Anexo 1. Formulario Aplicado.....	36
Anexo 2. Variables de Interés y sus Indicadores.....	38

RESUMEN

La obesidad ha dejado de ser vista como un problema puramente estético, y es asumida como un gran desafío del médico familiar, constituye un problema importante de salud que hay que enfrentar en los diferentes sistemas sanitarios de países desarrollados, como en vía de desarrollo. Puede definirse como un síndrome heterogéneo o enfermedad crónica multifactorial compleja caracterizada por el aumento de tejido adiposo, influida por factores metabólicos, fisiológicos, genéticos, celulares, moleculares, culturales y sociales.

Objetivo: Determinar la correlación existente entre el sobrepeso y la obesidad en mujeres con su funcionalidad familiar.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, realizado en el Servicio de consulta externa del Subcentro de Salud de Sayausi, durante el período comprendido entre Octubre 2010 hasta Abril 2011. Se incluyeron 118 mujeres, 56 con peso normal y 62 con Sobrepeso-Obesidad. Los datos se recolectaron por medio de una entrevista personal estructurada. Para el análisis estadístico, se utilizó el software Microsoft Excel 2010 para Windows, para el análisis de la significancia estadística de las variables de funcionalidad familiar, se utilizó el test de Chi-cuadrado, obtenido con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

Conclusiones: En nuestro país la obesidad constituye un problema de salud con alta comorbilidad y frecuencia. Se demostró que el sobrepeso y la obesidad, se presentan independientemente de la Funcionalidad Familiar. Dentro del papel del médico familiar se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y debe tenerlo en cuenta para su cuidado, y dentro de sus funciones ésta, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y no solo de la enfermedad. El médico familiar debe hacer seguimiento de sus pacientes con base en prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad, ya que condiciona un abordaje multidisciplinario.

Palabras Clave: Obesidad, Sobrepeso, Funcionalidad Familiar.

SUMMARY

Obesity is no longer seen as a purely aesthetic, and is assumed to be a great challenge for the family physician, is a major health problem that needs addressing in different health systems of developed countries, as in the developing world. Can be defined as a heterogeneous syndrome or complex multifactorial chronic disease characterized by increased adipose tissue influenced by metabolic, physiological, genetic, cellular, molecular, cultural and social.

Objective: To determine the correlation between overweight and obesity in women with family functioning.

Material and Methods: We performed a cross-sectional study conducted in the outpatient service "Subcentro de Salud Sayausi". We included 118 women, 56 normal weight and 62 overweight-obese. Data were collected through a structured personal interview. For statistical analysis, we used the software Microsoft Excel 2010 for Windows, to analyze the statistical significance of the variables of family Functionality; we used the Chi-square test, obtained with SPSS 19.0 for Windows.

Conclusions: In our country, obesity is a health problem with high morbidity and frequency. It was shown that overweight and obesity are independent of family functioning. Within the family physician's role as a key task is to recognize the influence of family factors on the health of the patient and should be taken into account for their care and their functions within it, the health promotion and disease prevention and not just the disease. The family doctor should track their patients based on prevention, diagnosis and treatment of obesity, since it entails a multidisciplinary approach.

Keywords: Obesity, Overweight, Familiar Functionality.

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha dejado de ser vista como un problema puramente estético, y es asumida como un gran desafío del médico familiar, constituye un problema importante de salud que hay que enfrentar en los diferentes sistemas sanitarios de países desarrollados, como en vía de desarrollo. El médico familiar debe hacer seguimiento de sus pacientes con base en prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad, ya que condiciona un abordaje multidisciplinario.

Puede definirse como un síndrome heterogéneo o enfermedad crónica multifactorial compleja caracterizada por el aumento de tejido adiposo, influida por factores metabólicos, fisiológicos, genéticos, celulares, moleculares, culturales y sociales (Comuzzie 2001).

Fisiológicamente, la obesidad únicamente puede desarrollarse si el aporte calórico de la dieta es alto y/o el gasto de energía es bajo, resultando en un balance positivo a lo largo de meses o incluso años (Bray & Champagne 2005). Sin embargo, existen numerosos caminos que conducen a la obesidad, los cuales implican necesariamente la interacción de lo biológico con lo social.

Clasificación

El método más utilizado en el adulto para definir y clasificar la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC): peso (Kg)/ talla (metros) (Serra-Manjem 2003). Es el parámetro que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, aunque lo sobreestima en individuos musculosos y lo infravalora en personas con baja masa magra (ancianos). Se acepta como punto de corte para la obesidad un valor de IMC igual o superior a 30 Kg/m (Serra-Manjem 2003; AACE/ACE 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la obesidad según el IMC, como se muestra en la Tabla 1. (WHO 2000).

Tabla 1.- Clasificación de la obesidad según el IMC.

Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad Clase I	30-34,9
Obesidad Clase II	35-39,9
Obesidad Clase III	≥40

Esta enfermedad crónica es un fenotipo complejo como resultado acumulativo de periodos de desequilibrio entre el ingreso y el gasto energético, de la distribución de las reservas energéticas y de la capacidad de adipogénesis (Loos 2003); acompañada de una serie de complicaciones que van a requerir un tratamiento de por vida, con un mayor riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular y con un acortamiento de la esperanza de vida (Fontaine 2003).

Fisiopatología

El adipocito, considerado tradicionalmente como una célula inerte, es reconocido como un importante actor de procesos metabólicos, hormonales e inflamatorios, así como su capacidad secretora de citoquinas pro-inflamatorias, de péptidos reguladores del peso corporal y del gasto energético (adipocitoquinas), y de sustancias vasoactivas como la angiotensina II. Los marcadores inflamatorios generados por el adipocito son la proteína C reactiva, la interleuquina 6 y el factor de necrosis tumoral alfa; en conjunto, las citoquinas segregadas por el tejido adiposo tienen un papel muy importante en la fisiopatología del síndrome metabólico y actúa sobre la señalización de insulina, fibrinólisis y adhesión celular al endotelio. (López 2005.)

La obesidad es considerada una enfermedad inflamatoria crónica, de intensidad leve. Las alteraciones que ocurren en el tejido adiposo en expansión son muy similares a las de una inflamación clásica, sin embargo se desconoce aún el agente lesivo que lo gatilla. La activación del sistema inmune no se da solamente en el tejido adiposo, sino que es identificable a nivel circulatorio y en los diferentes órganos relacionados con el metabolismo de sustratos como son hígado, páncreas, endotelio, entre otros. Su presencia y magnitud se asocia al desarrollo de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad ateromatosa como tal. (Reyes 2010)

Magnitud del problema

Según Daar et al, aproximadamente 44% de muertes prematuras y 60% de las muertes en general, en todo el mundo, se relacionaron a enfermedades crónicas no transmisibles en 2007. Para 2020, se estima que 80% de las muertes en el mundo en desarrollo se relacionen con enfermedades no transmisibles, siendo los trastornos cardiovasculares los que representen tres cuartas partes de la tasa de mortalidad. (Chescheir 2011)

Constituye un problema de salud pública relacionado con alta comorbilidad: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, enfermedades neoplásicas (endometrio, mama, ovario, próstata, colon, recto y vesícula biliar), infertilidad, enfermedad vascular periférica, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria de esfuerzo, enfermedad vesicular, entre otras, cuya relación es directamente proporcional a la obesidad, (Luckie 2009); también mantiene una relación negativa con la salud Obstétrica (Chescheir 2011, Sardiñas 2010)

Historia y aspectos Ideológico-Culturales

En todas las culturas la comida juega un rol importante en las relaciones sociales como se puede observar en muchos momentos de la vida diaria. La dieta, los alimentos, las prácticas de las personas afectadas van a estar directamente relacionadas con los hábitos socio-culturales ligados a la comida de la región y del entorno más inmediato de éstas.

La elección de alimentos, con quiénes, el lugar, o cuándo comemos forma parte del tejido social en el cuál nos encontramos inmersos. La presión social respecto a la comida, es decir la frecuencia de actos gastronómicos, la importancia y la representación simbólica en la práctica social influyen en la construcción de valores, que en el marco familiar puede significar amor, recursos o lenguaje y en el terreno público, prestigio y estatus, por lo que acarrea ciertas presiones y preocupaciones. (Bullen 2005)

En las sociedades primitivas, la economía era de subsistencia, se caracteriza por la recolección de alimentos, la caza, la pesca, la agricultura, la cría de ganado, o alguna combinación de estas actividades; las herramientas eran toscas, una azada de madera

y un hacha de piedra; el único medio de transporte era a pie o en canoa. Dada la escasez de alimentos y el temor siempre presente de la hambruna, la robustez o algún grado de obesidad se consideraban con buenos ojos, particularmente para el concepto de atractivo femenino. (Montero 2001)

“La obesidad ha tenido un significado cambiante para las culturas en relación a las condiciones de vida en los diferentes momentos evolutivos de la humanidad, lo cual es demostrativo de la relativización de la importancia del sujeto frente a las necesidades de la especie. La imagen humana se convirtió en un elemento clave como punto de referencia para establecer juicios en la escala de valores populares, con una sorprendente versatilidad que la llevó a abarcar o desde los aspectos biológicos, estéticos, económicos, psicológicos y sociales, en la mayor parte de los casos con más fuerza categorizante que otros valores humanos.” (Montero 2001)

En nuestra sociedad, la familia ya no es una unidad económica para la producción de alimentos, la comida sigue siendo una de las pocas veces, en que la familia está unida y elaborada en conjunto. Los padres siguen siendo los donantes de alimentos, y, la alimentación es un símbolo de la madre de favorecer o no a un hijo más que a otro.

Comer bien, con el estómago lleno, sigue siendo una de nuestras maneras de alcanzar un estado de euforia, representado por la conocida frase “barriga llena, corazón contento”. El consumo de alimentos y la entrega de los mismos, sigue siendo un símbolo de amor, afecto y amistad, así como una fuente de placer en sí mismo. En la cultura popular actual, la ideología predominante es que la obesidad se debe a la alimentación descontrolada con desinterés para corregirla y sedentarismo, que se fundamentan en la creencia que las conductas alimentarias hiperfágicas se adquieren por aprendizaje y que por el mismo mecanismo pueden corregirse.

La obesidad en la pobreza

Las tendencias de aumento y de las diferencias sociales en la obesidad, hacen que las minorías y aquellos estratos de la población con menor nivel educativo y socioeconómico puedan ser los más afectados. En los pobres la obesidad se asocia, a episodios de desnutrición en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina, a factores alimentarios, socioculturales y de género. La relación entre la obesidad y la condición socioeconómica es muy variable y compleja, ya que la asociación es diferente en contextos socioeconómicos distintos y puede quedar disimulada por

varios factores (ejercicio físico, dieta, factores psicológicos, herencia, factores socioculturales) que influyen en la asociación. Tanto el nivel socioeconómico podría condicionar la presencia de obesidad, como la obesidad podría tener consecuencias sociales en el individuo. (Pedraza 2009)

“La malnutrición por carencia en los niños, quienes en múltiples oportunidades sufren deterioro del crecimiento, del desarrollo y de la capacidad cognitiva; tienen además una alta probabilidad en su adultez de ser “obesos pobres”, con las graves consecuencias que ello representa para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que harían pensar en abundancia alimentaria, pero que es el resultado, de la inseguridad alimentaria que afecta los hogares. La desigualdad entre los miembros de una sociedad siempre ha existido y seguramente siempre existirá; sin embargo, lo inaceptable es que un porcentaje alto de los miembros de esa sociedad se encuentren por debajo de las mediciones de pobreza e indigencia y se vean afectados por el hambre; restándoles un conjunto amplio de oportunidades en diferentes aspectos de su vida, que deteriora su calidad y los coloca en condición de indefensión frente a múltiples eventos, entre los cuales se encuentra la inseguridad alimentaria en el hogar, que lleva a que se enfrenten en la paradoja nutricional, con sus dos caras: la desnutrición y la obesidad.” (Borda 2007)

Los países industrializados se caracterizan por un alto consumo de proteínas, grasas, hidratos de carbono y azúcares simples; en los países en desarrollo predominan el consumo de cereales, azúcares simples y fibras; ambas dietas, si bien diferentes, llevan a incrementos continuos en el peso. En los países de mayores ingresos prevalecen las patologías relacionadas con el exceso en el consumo de grasas, y en los de menores ingresos predomina la obesidad con carencias de nutrientes esenciales, coexistente incluso con desnutrición. (Temporelli 2010).

Se puede afirmar que los pobres no comen lo que quieren, ni lo que saben que deben comer, sino lo que pueden; el consumo calórico de los quintiles más pobres es a expensas de carbohidratos y carnes grasas, pero, No es por ignorancia, es por conveniencia: mayor saciedad a menor costo. Estas restricciones generan dos situaciones debidas a una misma circunstancia, la desnutrición por no tener lo suficiente para alimentarse, y obesidad por que se alimentan mal. (Aguirre 1994)

En el mercado se encuentra gran variedad de frutas, verduras, pero que para los pobres es difícil de conseguir debido a su costo, resulta más fácil obtener alimentos ricos en carbohidratos y azúcares que permitirán satisfacer su apetito, y a su vez favoreciendo el consumismo, pues la industria de alimentos se ha encargado de producir alimentos con gran cantidad calórica, y a su alcance, con un marketing que asegura valorar a la persona por su consumo, además, no solo se modifica la alimentación por el desconocimiento, sino también por el acceso, cambiando el régimen y la cantidad de alimentos; sumando las actividades laborales de la mujer, que limitan el tiempo dedicado a la preparación de alimentos. (Aguirre 2000)

DETERMINANTES DE LA OBESIDAD

La literatura científica evidencia en numerosos estudios una relación entre algunos factores y el desarrollo de un balance energético positivo crónico. Los factores individuales guardan relación, con los factores genéticos y biológicos, y con las elecciones que los individuos toman sobre su propia salud. Estos factores de comportamiento pueden estar condicionados por factores ambientales y sociales que escapan al control del individuo.

Determinantes Individuales de la obesidad

Factores Genéticos y Biológicos: Algunos estudios sobre hijos adoptivos muestran una mayor correlación entre su peso y el de sus padres biológicos que el peso de los adoptivos. En estudios realizados sobre parejas de gemelos, es mayor tasa de concordancia en gemelos monocigóticos que en los dicigóticos (Lee 2009). Existe evidencia sobre genes vinculados al metabolismo de la energía, los ácidos grasos, el ácido fólico, el control del apetito, el gasto energético, la tolerancia a la glucosa y la degradación grasa en el organismo. (Hernandez 2007)

La teoría del "fenotipo ahorrador" explica que aquellos individuos que en el momento del nacimiento presentan bajo peso, es fácil que en la edad adulta (ante el aporte externo excesivo de nutrientes) desarrollen más fácilmente complicaciones clínicas, al fracasar la secreción de insulina o disminuir su actividad que ya estaban inicialmente deterioradas por la malnutrición fetal. Esto es, que existe una susceptibilidad o predisposición genética al desarrollo de la obesidad, o la habilidad de almacenar energía en el tejido adiposo como una ventaja evolutiva.

Comportamiento Obesogénico: La tendencia a la sobreingesta en respuesta al tamaño, la palatabilidad y la densidad energética de la porción, y la sobreingesta pasiva de grasas son rasgos evolutivos generales de los mamíferos; la alimentación humana difiere en que se ejerce un control cognitivo sobre la ingesta, y en base a las normas sociales y culturales. La industria conoce bien este comportamiento, demostrada por la cantidad de alimentos procesados que apelan al paladar y son energéticamente densos.

Determinantes sociales de la obesidad

Ambientes Obesogénicos: fueron Swinburn et al., quienes acuñaron la expresión ambiente obesogénico, argumentando que los entornos físicos, económicos, sociales y culturales fomentan un balance energético positivo en sus poblaciones; éstos entornos no solo no promueven la actividad física, sino que además promueven la inactividad. En el ámbito laboral, se ha transitado a un modelo de desarrollo post-industrial basado en el sector servicios y los sectores tecnológicos, por otro lado destacan los avances en transportes públicos y privados y la sedentarización de las actividades de ocio (televisión, ordenadores, etc.), sumados a la inseguridad que forzarían a un descenso de la actividad física. (Ortiz 2009)

Transición Nutricional: El suministro global de alimentos es cada vez mayor, menos caro, y vendido más agresivamente, implicando un incremento del consumo de alimentos de alta densidad calórica; la urbanización, la necesidad de simplificar la vida, la acción de gobiernos y empresas, trajeron un cambio notable en la forma de alimentarse: comidas con exceso de carbohidratos, grasa, sal y azúcares simples. La migración interna y externa, ha impulsado una alimentación de “primer mundo” representada por hot-dogs, papas fritas, hamburguesas, “snaks”, embutidos, bebidas gaseosas, etc. (Yépez, Baldeón & López 2008)

Cultura Obesogénica: El estilo de vida, es un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. “Como resultado del contacto con los patrones culturales de los países desarrollados, el proceso de aculturación de América Latina y el Caribe a lo largo del siglo XX adquirió matices particulares por la rapidez de los avances de la ciencia y de la industria de la comunicación. Esa “aculturación a distancia”, manipulada hábilmente por la industria de consumo, tiende a despertar la necesidad de incorporar algunos elementos de la imagen proyectada y los impulsa a adoptar hábitos y modos de vida inadecuados.” (Peña & Ballacao 2005)

Percepción de la Belleza: Los estándares de la belleza, en particular para la mujer, han sufrido un gran cambio, la esbelta figura de aspecto juvenil es ahora deseada por las mujeres de todas las edades. El culto de la juventud actual parece ser más fuerte entre las mujeres que entre los hombres. (Meigs 1997)

Por otro lado, sobre todo en áreas rurales, muchas personas suelen ver a la delgadez como síntoma de enfermedad, por lo que conceptualizan a la obesidad como sinónimo de opulencia, y entienden que la persona excedida de peso es más saludable, incluso, estas mujeres, aducen su necesidad de “estar bien fuertes para poder trabajar”.

La Obesidad y la Familia

La Obesidad reviste especial importancia, no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, incluyendo los cambios en su estilo de vida, dieta, fármacos, etc.; prevenir sus múltiples complicaciones y las secuelas en su autoestima. La familia como grupo social, debe cumplir funciones básicas como son: cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción, además de, la económica, la biológica, la educativa, la cultural, y la espiritual, siendo éstas, uno de los indicadores que se utilizan, para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. Esta concepción como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, que tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfunción de la familia como sistema. Ésta, juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. (Armas 2007).

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en algún miembro de la familia, puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición. Pudiendo considerar a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros. Esta situación exige, un apoyo importante del grupo familiar que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones, y en la ejecución de acciones adecuadas. Al aplicar los Instrumentos de Atención a la Familia permite mostrarles el interés del profesional por la persona en el contexto de su familia, actitud válida, especialmente en un sistema sanitario enfocado a ver "enfermedades" y no "enfermos", y en tener en cuenta los desarreglos biomecánicos antes que las emociones, la cultura y sus derechos.

Nuestro Contexto

Según recientes datos obtenidos del Ministerio de Inclusión Económica y Social: “Actualmente en el Ecuador el exceso de peso en niños y niñas en edad escolar es de 14%, mientras que en adolescentes se ha reportado que el 21.2% de ellos presentan exceso de peso. Concomitantemente, el 40% de hombres y el 50% de mujeres presentan exceso de peso”. (Campaña “SUBE SUBE” Aliméntate Ecuador 2011)

Según la encuesta ENDEMAIN del 2004, se encontró que el 40.4% tiene sobrepeso y el 14.6% obesidad. En suma, el 55.0% tiene un peso excesivo en relación a su talla. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor a nivel urbano que rural (16.4% contra 12.1%) y es mayor en la costa que en la sierra con el 16.5% y el 12.4% respectivamente. Este problema afecta en mayor proporción a la región insular, donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta al 61% (44% sobrepeso y 17% obesidad) de las mujeres evaluadas. Otro hallazgo importante es que el sobrepeso aumenta sistemáticamente con la edad de la mujer. Se encontró que el 4.8% de mujeres de 15 a 19 años tiene sobrepeso, y el 25% de mujeres de 35 a 39 años presenta este problema. La obesidad es más común en madres mestizas y blancas: 15.1% y 17.9% respectivamente. Sin embargo se encontró que el 7.4% de las madres indígenas tiene obesidad. (ENDEMAIN, 2004).

Tabla 2. Sobrepeso y Obesidad en Mujeres no Embarazadas madres de niños <5 años, Ecuador 2004

	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso y Obesidad
Indígena	39.9	7.4	47.3
Mestizo	40.9	15.1	60.0
Blanco	37.3	17.9	55.2
Negro	36.3	15.3	51.6
Urbano	40.4	16.4	56.8
Rural	40.4	12.1	52.5
Sierra	41.8	12.4	54.2
Costa	39.8	16.5	56.3
Amazonia	35.0	15.0	50.0
Insular	44.2	17.4	61.6
Total Nacional	40.4	14.6	55.0

Fuente: ENDEMAIN, 2004

Tabla 3. Sobrepeso y Obesidad en Mujeres no Embarazadas madres de niños <5 años, según Quintil Económico

Quintil Económico	Sobrepeso	Obesidad
1 (más pobre)	38.2	12.9
2	38.3	13.8
3	41.8	14.7
4	41.8	18.2
5 (más rico)	47.1	15.6

Fuente: ENDEMAIN, 2004

Según demuestran los datos de esta encuesta, el sobrepeso y la obesidad en las mujeres evaluadas, afecta a la población independiente de su ubicación geográfica, su grupo étnico y probablemente su condición social.

Actualmente, no existe un consumo de grasas estimado en el Ecuador; sin embargo, en nuestro país, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte con una tasa de mortalidad de 23.1; le siguen las Enfermedades Hipertensivas, con una tasa de mortalidad de 21.5 (Indicadores básicos de Salud, 2006). Todas ellas asociadas en mayor o menor grado al sobrepeso y la obesidad.

En el estudio de Yépez, Baldeón & López titulado Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana, con una muestra de 2.829 estudiantes, 1.461 mujeres y 1.368 varones, entre 12 y <19 años. De estos, 1.435 estudiantes estuvieron matriculados en 60 colegios públicos y privados de las seis principales ciudades de la Costa y 1.394 estuvieron matriculados en 60 colegios de las seis principales ciudades de la Sierra. Se diagnosticó con sobrepeso a los adolescentes cuyo IMC estuvo entre los percentiles 85 y <95 y con obesidad a los adolescentes cuyo IMC fue = 95. Los resultados indican que el exceso de peso, afecta al 21,2% de los adolescentes: sobrepeso, 13,7% y obesidad 7,5%. El exceso de peso fue significativamente mayor en la Costa, 24,7% que en la Sierra, 17,7% (P 0.001). Igualmente, el exceso de peso fue significativamente mayor en los adolescentes de colegios privados, 25,3% que de colegios públicos 18,9%, (P = 0.001) y fue más común en las mujeres que en los hombres (21,5% versus 20,8%, respectivamente). El estudio demostró también que el 16,8% de los adolescentes tuvieron bajo peso. (Yépez 2008)

El presente estudio surge ante necesidad de conocer las características de la población con sobrepeso u obesidad en nuestro medio, cómo se relaciona el sobrepeso/obesidad con la funcionalidad de la familia de la persona que la padece. Considerando que dentro de las funciones del médico familiar ésta la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y no solo de la enfermedad. Para que se les otorgue una atención en forma más integral, respecto al control de su enfermedad, con un enfoque familiar.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en el Servicio de consulta externa del Subcentro de Salud de Sayausi, Cuenca – Ecuador. El periodo de estudio comprendió de Octubre de 2010 a Abril 2011. Colaboraron 62 mujeres, con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, mayores de 18 años, posteriormente, para enriquecer el estudio, se tomaron 56 mujeres con un IMC dentro de parámetros normales como grupo control, obteniendo un total de 118 mujeres, que acudieron a consulta por diversos motivos. Se excluyó a aquéllas con capacidades diferentes, embarazadas o en período de puerperio y se eliminó una mujer que no deseó colaborar con el estudio.

Se recolectaron los datos por medio de una entrevista personal estructurada, aplicando un cuestionario diseñado para el estudio, incluyendo edad, Historia Clínica, ocupación, escolaridad, peso, talla e IMC para determinar el sobrepeso y obesidad de las pacientes, según la OMS; también, se midió la circunferencia de la cintura y la cadera, se les aplicó el familiograma, el FF-SIL para valorar funcionalidad familiar y ecomapa para identificar su principal red de Apoyo.

Se cuestionó además sobre el número de ingestas diarias, práctica de actividad física y su frecuencia en horas por semana, tiempo de televisión en horas por día; si ella misma cocina, si cree que su alimentación es saludable, y la frecuencia de consumo de varios alimentos. El cuestionario aplicado se presenta en el Anexo 1, y las variables en el Anexo 2.

Los resultados de este estudio fueron analizados a través de indicadores de asociación, que permitieron evaluar la frecuencia absoluta, relativa, y el grado de asociación de las variables con el estado nutricional de los grupos en estudio. Para el análisis estadístico, se utilizó el software Microsoft Excel 2010 para Windows, para el análisis de la significancia estadística de las variables de funcionalidad familiar, se utilizó el test de Chi-cuadrado, obtenido con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿La Obesidad se presenta más frecuentemente en mujeres cuya familia es disfuncional?

Hipótesis Alternativa: La Obesidad, es más frecuente en mujeres cuya familia es disfuncional, en comparación con aquellas que cuentan con una familia funcional

Hipótesis Nula: La Obesidad, no es más frecuente en mujeres cuya familia es disfuncional, en comparación con aquellas que cuentan con una familia funcional

Objetivo General: Determinar si la funcionalidad familiar está relacionada con la obesidad.

Objetivos Específicos

1. Clasificar a los pacientes estudiados según el IMC
2. Clasificar a los pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad estudiados según edad, sexo, ocupación y hábitos.
3. Identificar tipo de actividad laboral que realizan los pacientes
4. Determinar la estructura, funcionalidad familiar y redes de apoyo

RESULTADOS

En el estudio, participaron 118 personas, todas del sexo femenino, divididas en dos grupos, el primero correspondiente a Sobrepeso-Obesidad, y el segundo como grupo control con normopeso. Del total de casos, se encontró 56 mujeres con peso normal y en el otro grupo 62 con Sobrepeso-Obesidad, divididos de la siguiente manera: Sobrepeso 39, Obesidad 23 (16 con Obesidad GI, 7 con Obesidad GII y 1 con Obesidad G III). Tabla N° 4

Tabla N° 4. Frecuencia de Sobrepeso-Obesidad

Diagnóstico	Frecuencia	%
Normopeso	56	47.5
Sobrepeso-Obesidad	62	52.5
Sobrepeso	39	62.9
Obesidad GI	16	25.8
Obesidad GII	6	9.7
Obesidad GIII	1	1.6
Total	118	100.0

Se observó a 118 casos, tomando como base la edad cumplida hasta la fecha de la entrevista, observándose, una media de 34.5 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 64. La edad media del grupo control fue de 29.9 y la del grupo de Sobrepeso-Obesidad fue 38.6 años.

La Frecuencia por rango de edad y su frecuencia por diagnóstico, están en la Tabla N° 5 y en las Figuras N° 1, 2 y 3.

Tabla N° 5. Diagnóstico Nutricional según rangos de Edad

Edad	Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
	n	%	n	%	n	%
18-23	14	25	7	18	2	8.7
24-29	20	35.7	7	18	1	4.4
30-35	12	21.4	10	25.6	5	21.7
36-41	3	5.4	6	15.4	4	17.4
42-47	2	3.6	2	5.1	1	4.4
48-53	4	7.1	2	5.1	3	13
54-59	1	1.8	3	7.7	5	21.7
60-65	0	0	2	5.1	2	8.7
	56	100	39	100	23	100

Notándose, que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se incrementa con la edad.

Figura N° 1. Frecuencia de Normopeso según la Edad

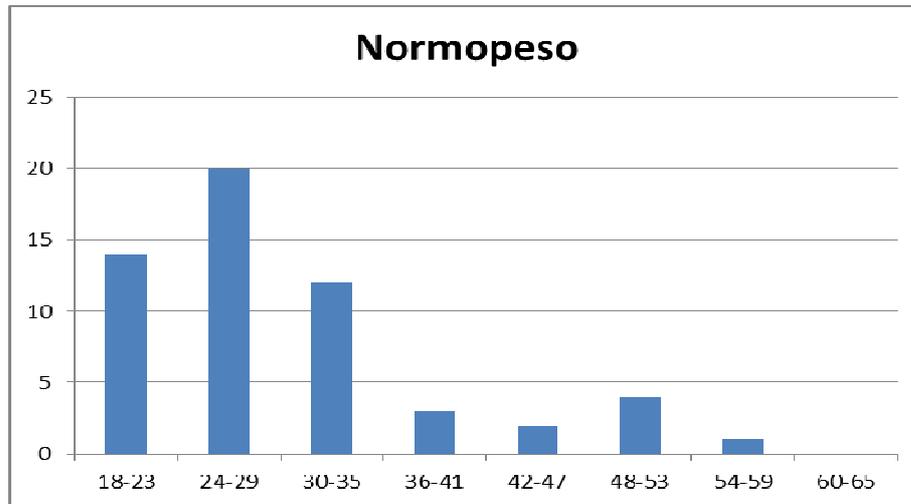


Figura N° 2. Frecuencia de Sobrepeso según la Edad

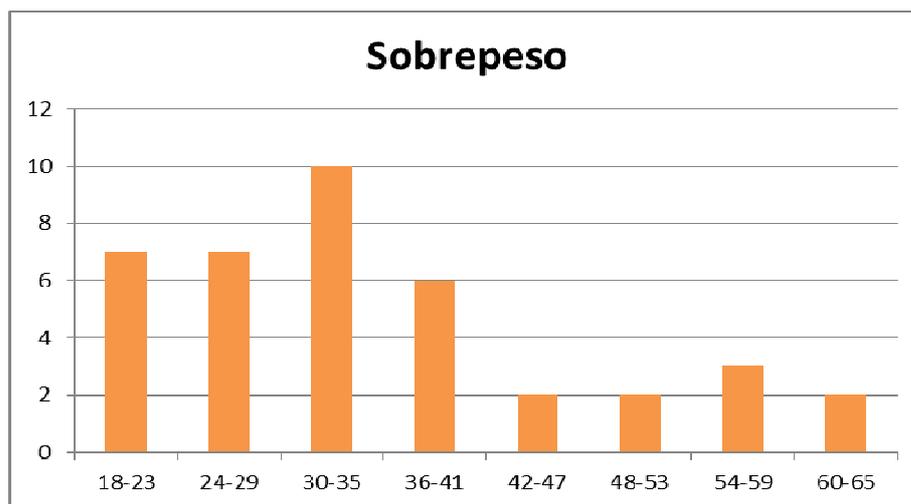
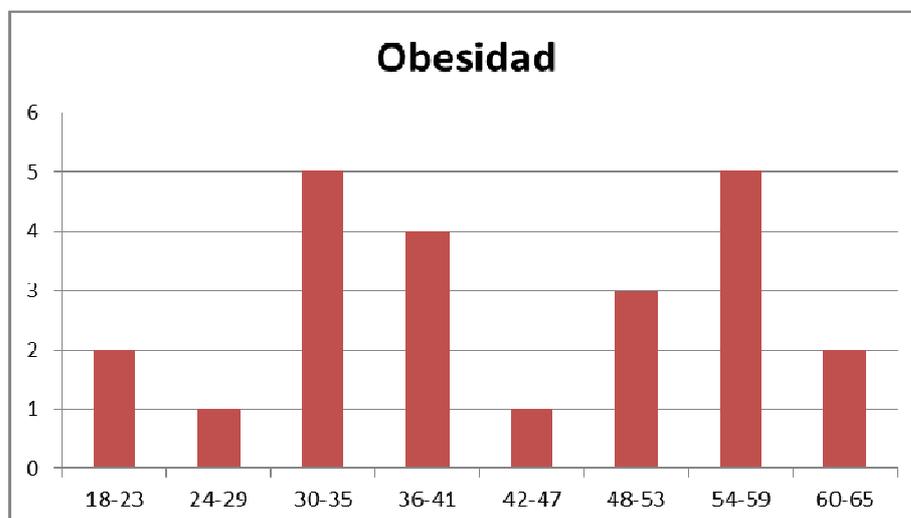


Figura N° 3. Frecuencia de Obesidad según la Edad



El peso, talla, IMC e ICC se analizan en la Tabla N° 6, a continuación:

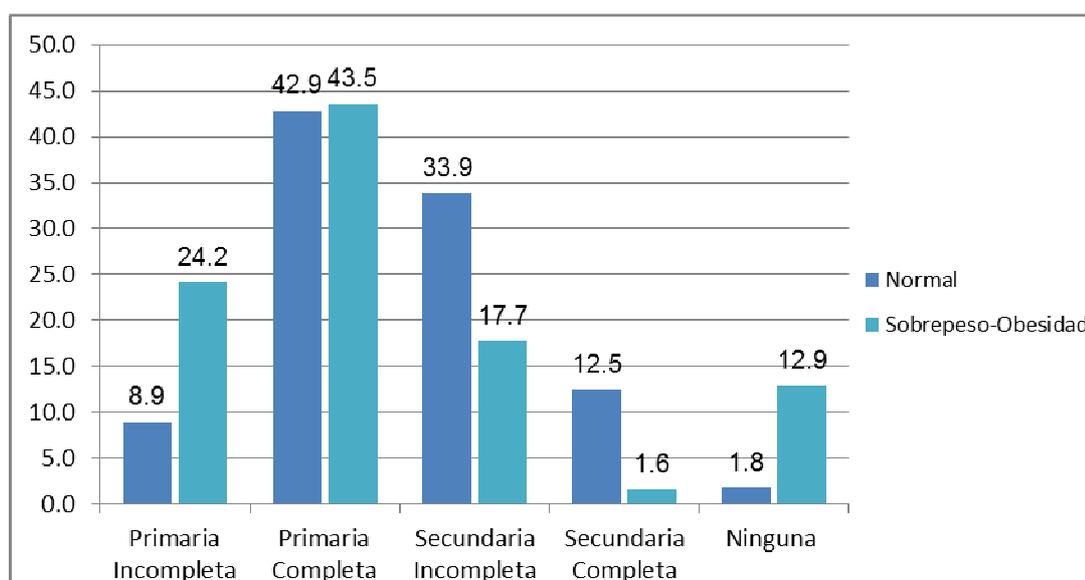
Tabla N° 6. Antropometría (Media Aritmética) según el Diagnóstico Nutricional

	N°	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC (kg/m2)	ICC
Normal	56	55.1	153.5	23.4	0.79
Sobrepeso	39	62.1	148.1	28.3	0.88
Obesidad GI	16	72.8	146.9	33.6	0.92
Obesidad GII-III	7	84.4	150.0	37.5	0.93
Sobrepeso-Obesidad	62	66.9	148.0	30.5	0.89

Cabe resaltar la diferencia en las medias de talla, para el grupo control de 153.5 cm en contraste con la del grupo Sobrepeso-Obesidad 148cm, aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa.

En la figura N° 4, se visualiza la frecuencia relativa de la escolaridad en ambos grupos.

Figura N° 4. Frecuencia de Escolaridad según el Diagnóstico Nutricional (%)



Se observan diferencias en todos los niveles, caracterizadas por una mayor escolaridad en el grupo de Normopeso; excepto en Primaria completa, con valores muy similares de 49.2 y 43.5%, en ambos grupos.

Como se observa en la Tabla N° 7, la mayoría de las pacientes estudiadas, se dedican a quehaceres domésticos, tanto en el grupo de normopeso (27) y en el de sobrepeso/Obesidad (28), representando un 48.2 y 45,2%, respectivamente

Tabla N° 7. Frecuencia de Ocupación según el Diagnóstico Nutricional*

	Normopeso		Sobrepeso-Obesidad	
	n	%	n	%
Agricultura	3	5.4	9	14.5
Comerciante	6	10.7	9	14.5
Emp. Domestica	10	17.9	8	12.9
Emp. Privada	6	10.7	6	9.7
Estudiante	1	1.8	0	0.0
Profesional	3	5.4	2	3.2
QQDD	27	48.2	28	45.2
Total	56	100.0	62	100.0

*En el grupo profesional, están incluidas 1 profesora, 1 estilista y 3 costureras.

Con respecto a la autopercepción de la imagen corporal, se relaciona proporcionalmente con el peso; la información se detalla en la Tabla N°8.

Tabla N° 8. Autopercepción de la Imagen Corporal según el Diagnóstico Nutricional

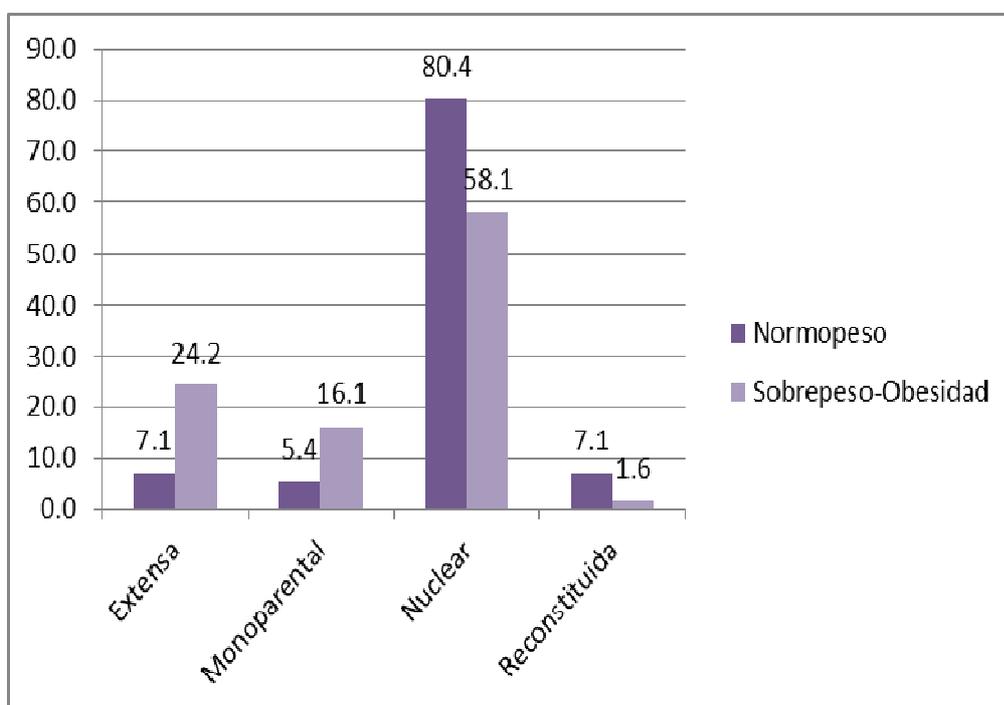
	Normopeso		Sobrepeso		Obesidad GI		Obesidad GII-III		Sobrepeso-Obesidad	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Buena	47	83.9	25	64.1	5	31.3	1	14.2	31	50
Regular	9	16.1	6	15.4	3	18.7	3	42.9	12	19.4
Mala			8	20.5	8	50	3	42.9	19	30.6
Total	56	100	39	100	16	100	7	100	62	100

Como podemos observar, el 83.9% de las mujeres del grupo control, refirieron una buena autoimagen, frente al 50% del grupo Sobrepeso-Obesidad.

Dentro de la estructura familiar, en el grupo control, se evidenció una media de 4.2 integrantes y en el grupo de sobrepeso – obesidad, 4.7 integrantes.

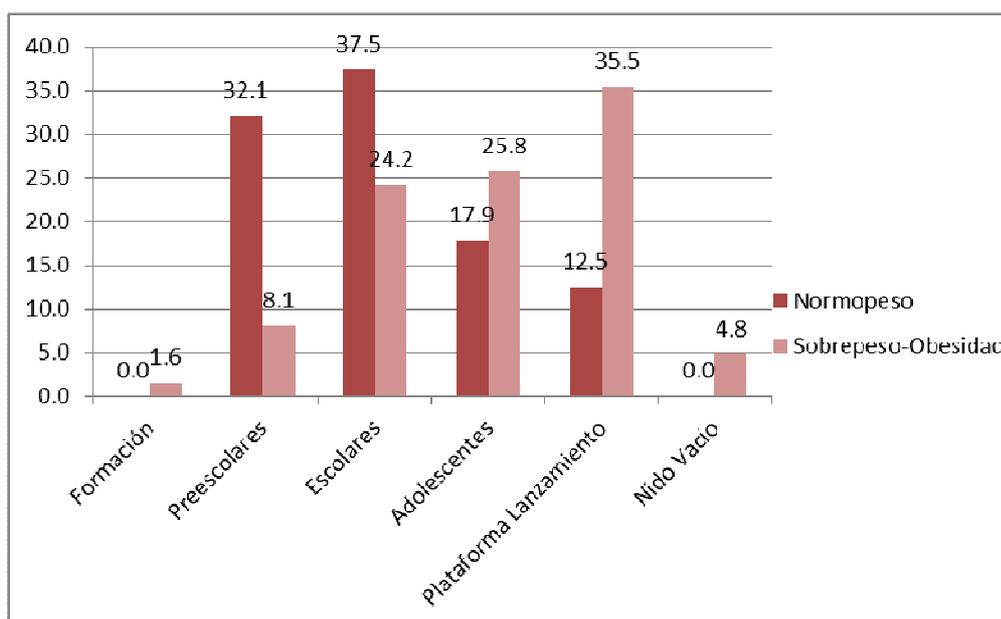
Otras características, como Estructura Familiar, Etapa del Ciclo vital, y Principal Red de Apoyo, se muestran en las Figuras N° 5, 6 y 7, respectivamente.

Figura N° 5. Estructura Familiar según el Diagnóstico Nutricional (%)



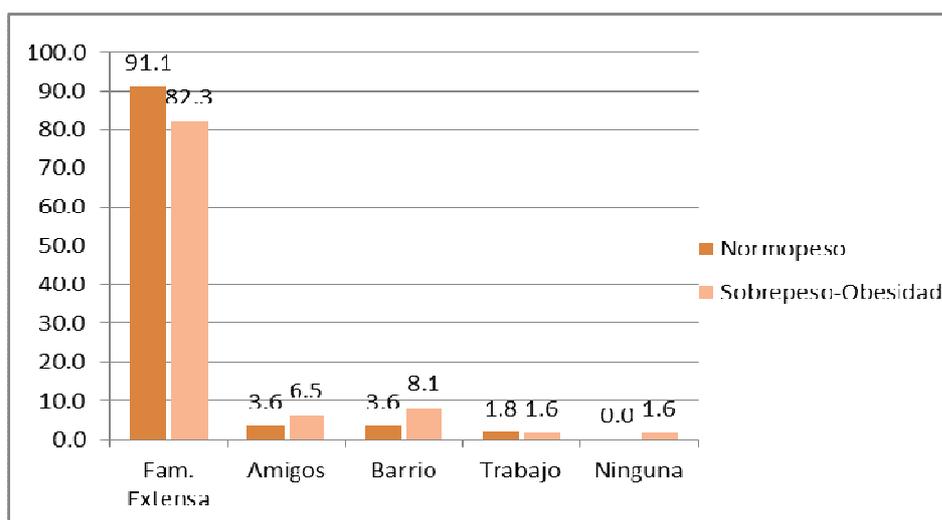
La mayoría de familias, clasificadas según su Estructura, fueron Nucleares, 45 (80.4%) del grupo normopeso y 36 (58.1%) del grupo Sobrepeso-Obesidad.

Figura N° 6. Etapa del Ciclo Familiar según el Diagnóstico Nutricional (%)



La mayor diferencia se halla en las etapas de Preescolares y Plataforma de lanzamiento, con un predominio del grupo Normopeso (32.2 vs 8.1%) en la etapa de Familia con Hijos Preescolares y en la etapa de Familia en Plataforma de Lanzamiento predomina el grupo Sobrepeso-Obesidad (35.5 vs 12.5%).

Figura N° 7. Principal Red de Apoyo Familiar según el Diagnóstico Nutricional (%)



En ambos grupos, la principal Red de Apoyo Familiar fue la Familia, con un 91.1% en el grupo control y un 82.3% en el otro grupo.

La propuesta de este estudio fue indagar la relación entre la Funcionalidad Familiar y el Sobrepeso u Obesidad.

Figura N° 8. Funcionalidad Familiar según el Diagnóstico Nutricional (%)

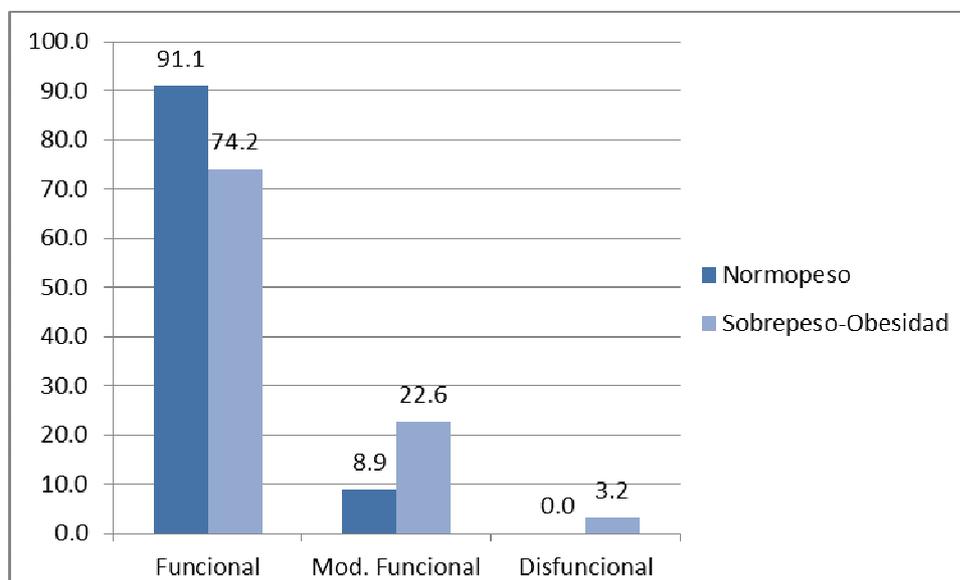


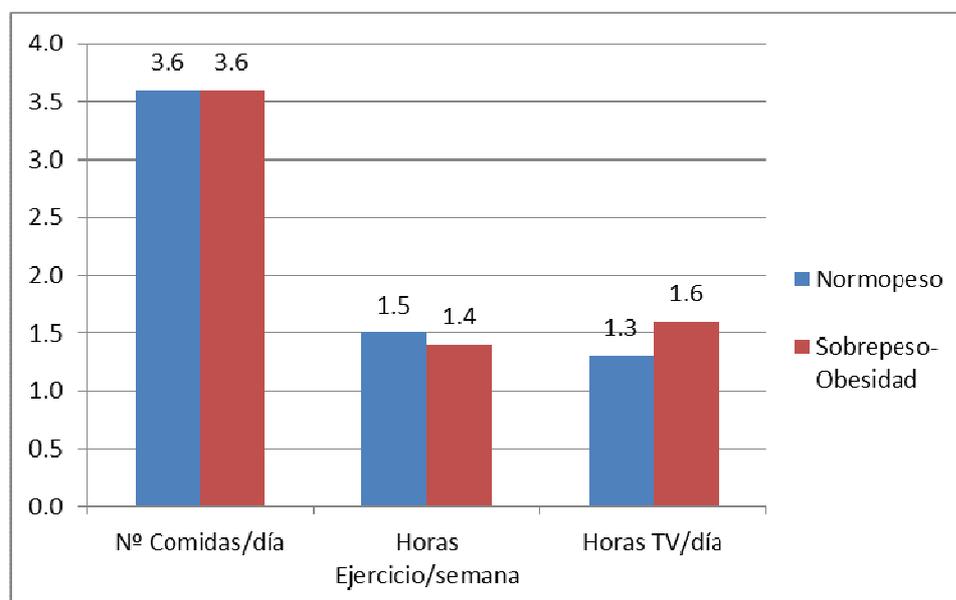
Tabla de contingencia Diagnostico * Funcionalidad

			Funcionalidad		Total
			No Funcional	Funcional	
Diagnostico	Normal	Recuento	5	51	56
		% dentro de Funcionalidad	23,8%	52,6%	47,5%
	Obesidad	Recuento	16	46	62
		% dentro de Funcionalidad	76,2%	47,4%	52,5%
Total	Recuento	21	97	118	
	% dentro de Funcionalidad	100,0%	100,0%	100,0%	

Al aplicar el Chi-cuadrado de Pearson, se obtuvo como resultado 5,73; siendo el valor Esperado 9.97, por lo que se acepta la hipótesis nula, el Sobrepeso/Obesidad, no es más frecuente en mujeres cuya familia es disfuncional, en comparación con aquellas que cuentan con una familia funcional; Además un valor $p > 0.05$ (0.09), confirmándola.

En cuanto a estilo de vida y hábitos, la Figura N° 9 relaciona el Número de comidas por día, Horas de Ejercicio por semana y Hora de Televisión por Día.

Figura N° 9. Frecuencia de comidas por día, Horas de Ejercicio por semana y Hora de Televisión por Día, según el Diagnóstico Nutricional



Sin haberse encontrado mayor diferencia entre grupos. Al consultarles si cocinan, 114 (96.6%) respondieron Sí, y 4 (3.4%), respondieron No; en la pregunta sobre si cree que su alimentación es saludable, respondieron afirmativamente 117(99.1%) y solo una (0.9%) admitió que su alimentación no lo considera así.

En lo referente a Patrones de Consumo de alimentos, éstos se analizan en las Tablas N° 10 y 11.

Tabla N° 10. Frecuencia de Consumo por Tipo de Alimentos en el Grupo de Normopeso

	Frutas	Verdura	Ensalad	Carne	Pescado	Fritos	Pan	Arroz	Papas	Fideos	Maíz	Granos	Bebidas gaseosa
Diario	28	36	17	2	0	2	24	53	25	17	24	34	1
2-4/sem	23	20	36	30	6	19	28	3	26	31	14	22	2
Semanal	5	0	3	5	37	34	3	0	5	8	12	0	23
Mensual	0	0	0	19	12	1	0	0	0	0	1	0	16
Casi Nunca	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5	0	14

Tabla N° 11. Frecuencia de Consumo por Tipo de Alimentos en el Grupo de Sobrepeso-Obesidad

	Frutas	Verdura	Ensalad	Carne	Pescad o	Fritos	Pan	Arroz	Papas	Fideos	Maíz	Granos	Bebidas gaseosa
Diario	13	28	9	7	0	6	35	60	32	29	30	44	4
2-4/sem	18	25	32	28	4	34	19	2	26	24	16	14	13
Semanal	27	9	20	26	34	19	6	0	4	8	9	4	23
Mensual	4	0	1	1	20	2	0	0	0	0	1	0	15
Casi Nunca	0	0	0	0	4	1	2	0	0	1	6	0	7

En los patrones de Consumo de alimentos, llama la atención que a diario el grupo control, consume Frutas 50% (28) contra 21% (13) del grupo Sobrepeso-Obesidad, ensaladas 30,4% (17) vs 14.5%(9) fritos 3.6% (2) vs 9.7% (6), y con una frecuencia de 2-4 veces por semana Bebidas Gaseosas 3.6%(2) vs 21% (13), respectivamente.

DISCUSIÓN

La propuesta de este estudio fue indagar la relación entre la Funcionalidad Familiar y el Sobrepeso u Obesidad. Al aplicar los análisis estadísticos, se encontró un valor $p > 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis nula, el Sobrepeso/Obesidad, no es más frecuente en mujeres cuya familia es disfuncional, en comparación con aquellas que cuentan con una familia funcional.

Con este resultado, se concuerda con Chavarría, en su trabajo de Obesidad, autoestima y funcionalidad familiar en Adolescentes, en el que no se encontró relación con ninguna de las dos variables propuestas $p > 0.05$ (Chavarría 2010) y con Villaroel, quien afirma que la mayoría de los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan depresión leve, con norma funcionalidad familiar. (Villaroel 2010).

Queda comprobada la relación inversamente proporcional entre escolaridad y problemas de peso, su relación con la ocupación, que parece estar ligada a la escolaridad. Con respecto a la ocupación, cabe recalcar que es un problema que se presenta a todo nivel, existe evidencia de diversas poblaciones como profesores con prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron 43% y 21% (Rodríguez 2006); estudiantes universitarios, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la muestra objeto de estudio fue del 17,5% (25% en hombres y 13,9% en mujeres) (Arroyo 2006), en alumnos de la facultad de medicina, fue 3.76% y 26.30% (Llanos 2001); personal de enfermería (80% mujeres) 18 y 17% (Fong 2006), el porcentaje de trabajadores de la salud con sobrepeso fue de 44.9%, obesidad GI 20.8%, GII 10.9% y GIII 2.2%. (Huerta 2004) y en mujeres profesionales de la salud 43% sobrepeso y 32% obesidad (Navarro 2005)

La correlación entre la autopercepción de imagen corporal y el IMC, demostró que el 50%, de mujeres con sobrepeso/Obesidad, calificaban su peso como normal; incluyendo un 14.2% de mujeres con Obesidad GII-III, información concordante con múltiples estudios. (Rodríguez 2010, Padilla 2006, Osuna 2006)

El factor género, desde la infancia es un contribuyente al desarrollo de enfermedades crónicas y coincidente con la mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso observada en mujeres cubanas (47 vs. 38%). (Hernández 2007)

En la obesidad existen interconexiones complejas entre los aspectos genéticos y metabólicos, se interconecta con otras enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, asma e hipertensión arterial; también existen complejas interacciones entre los individuos, familias y comunidades que padecen esta enfermedad; aunque cada uno de estos niveles se maneja en forma independiente, en realidad los tres tienen fuertes interconexiones, desde el nivel molecular hasta el social; en este caso es muy claro que las formas de vivir llamados estilos de vida impactan la salud hasta el nivel celular (moléculas) y viceversa.

Es importante reconocer que el abrupto incremento de la obesidad en las últimas décadas, así como su presencia en todas las latitudes, obedece a cambios en la forma de vivir de las personas la importancia de factores sociales, ambientales y políticos, los cuales influyen sobre la conducta de los individuos a través de complejas interacciones de interdependencia que determinan los estilos de vida y la salud o enfermedad de los individuos.

La magnitud de la obesidad se reporta en niveles preocupantes en todas las edades, con costos que consumirán buena parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Es evidente que se necesitan estrategias factibles y sustentables para prevenir la obesidad en los niños, cuyo costo siempre será menor que el costo de la atención de la obesidad y sus comorbilidades.

No hay duda de que para controlar la epidemia de obesidad que afecta a todos los estratos sociales de la población, la acción clave es prevenir; pero esto no puede depender exclusivamente de pautas dictadas al individuo (como a menudo sucede), sino en crear las oportunidades para que los estilos de vida saludables estén al alcance de toda la población. De ahí que la promoción de la salud sea la estrategia de lucha fundamental, procurando abarcar al individuo y a todos los componentes de la sociedad.

Se requiere actuar en los espacios donde transcurre la vida individual y social, promulgar leyes, y elaborar políticas encaminadas a mejorar el entorno físico y social mediante una actuación exhaustiva, ya que las raíces del problema se hallan en factores sociales, económicos y ambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas.

El planteamiento consiste en construir sociedades en las que los estilos de vida saludables, vinculados a la alimentación y a la actividad física, constituyan la norma; sociedades en las que los objetivos relacionados con la salud están en consonancia con los de la economía, incorporando a las cadenas productivas de alimentos y bebidas opciones saludables para todas las personas, sin omitir el papel relevante que juega la sociedad y la cultura.

Para prevenir el sobrepeso y la obesidad se requieren intervenciones en un contexto ecológico, en el que participan de manera coordinada los sectores sociales con el propósito de promover cambios en las formas de alimentación y ejercicio de las familias. Se requiere sensibilizar a la sociedad de los riesgos para la salud que conlleva cursar con sobrepeso u obesidad y de la importancia que tiene transformar los ambientes obesogénicos en que actualmente viven los niños. En el país, se lleva a cabo el programa Aliméntate Ecuador, que incluye el proyecto de Promoción de Alimentos Saludables, lastimosamente, es difícil competir con la propaganda comercial de compañías que a menudo promueven comportamientos perjudiciales.

Una propuesta, sería el abordaje multidisciplinario, e interinstitucional, como el involucrar al Ministerio de Educación en aminorar este ambiente obesogénico en escuelas y colegios, tanto en promoción de hábitos saludables como en cambiar el menú en cafeterías y bares.

CONCLUSIONES

La obesidad es considerada en algunos países un problema de salud pública, en nuestro país la obesidad constituye un problema de salud, con alta comorbilidad y frecuencia. Inicialmente, la obesidad y el sobrepeso se consideraron problemas de los sectores sociales más acomodados y predominantes en los países ricos, sin embargo, las evidencias demuestran que afectan a la población en general e incluso a los sectores más pobres en quienes el impacto sobre su salud es más severo.

El impacto de la obesidad en la sociedad es tan grande que actualmente ha trascendido de un problema médico a problema social, demográfico y económico.

Si se toman en cuenta los factores asociados con el género, la diferencia entre las “dos clases de obesidad” (Ricos vs Pobres) es aún más marcada: las mujeres tienen oportunidades más limitadas, llevan cargas sociales más pesadas y tienen una imagen subvalorada de su cuerpo. Además, su tradicional subordinación social a los hombres aumenta su susceptibilidad a ese complejo conjunto de influencias desfavorables.

De acuerdo con los resultados encontrados, se puede inferir: que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, se incrementa con la edad; también se encontró una diferencia en las medias de talla, de 5.5cm, aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa ($p < 0.05$); la prevalencia es inversamente proporcional a la escolaridad; con respecto a la autopercepción de la imagen corporal, en el grupo sobrepeso-obesidad, el 50% la catalogaban como buena, lo que traducía cierta resistencia en reconocer el problema, y por ende, hacer algo al respecto.

Dentro de la estructura familiar, no se encontró diferencias en el número de integrantes, y la mayor parte de familias siguen siendo nucleares. La relación con la etapa del ciclo familiar parece estar relacionada con la edad. Dentro de nuestro medio, la familia extensa es la principal red de apoyo del grupo social. La frecuencia de comidas por día, horas por semana de ejercicio y horas por día de ver televisión, fue similar para ambos grupos.

El 99.1% consideraron que su alimentación es sana. Llama la atención en el grupo de sobrepeso-obesidad, el bajo consumo de frutas y ensaladas, contrastado con la frecuencia de consumo de grasas, casi 3 veces mayor al grupo control, y de bebidas gaseosas, casi 6 veces mayor.

La propuesta de este estudio fue indagar la correlación entre la Funcionalidad Familiar y el Sobrepeso u Obesidad. Al aplicar los análisis estadísticos, se encontró un valor $p > 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis nula, el Sobrepeso/Obesidad, no es más frecuente en mujeres cuya familia es disfuncional, en comparación con aquellas que cuentan con una familia funcional.

Dentro del papel del médico familiar se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y debe tenerlo en cuenta para su cuidado, y dentro de sus funciones ésta, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y no solo de la enfermedad.

El médico familiar debe hacer seguimiento de sus pacientes con base en prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad, ya que condiciona un abordaje multidisciplinario.

Como padecimiento crónico, la Obesidad es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el enfermo. Por lo que, el apoyo familiar es clave para el control de la obesidad, al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés, y mejore el cumplimiento. Para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, P 1994. 'How the very poor survive: the impact of hyper-inflationary crisis on low-income urban households in Buenos Aires, Argentina'. *Geo Journal* . vol 34. pp 295–304.
- Aguirre, P 2000. 'Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza'. Recuperado en julio 9, 2010 en <http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/obesidad/1b.pdf>
- Armas, N.& Díaz, L 2007. *Entre voces y silencios: Las Familias por Dentro*. Ediciones America. Quito.
- Arroyo, M. Rocandio, A.& Ansotegui, L 2006. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr. Hosp.* v.21 n.6 Madrid nov.-dic. 2006 Recuperado en Agosto 18, 2010 en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n6/original6.pdf>
- Bellot, F. Cahuana, N & Ayala, E 2010. 'Estado Nutricional y su Relación con la Estructura-Función Familiar en Menores de 5 Años de Pediatría, Caja Nacional de Salud 2009'. *Rev Cient Cienc Méd.* vol.13, no.1, p.22-24. Recuperado en febrero, 28 2011. En http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332010000100008&script=sci_arttext
- Borda, M 2007. 'La Paradoja de la Malnutrición'. *Salud Uninorte.* vol. 23. n° 2. pp 276-291.
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=49121&id_seccion=2987&id_ejemplar=4981&id_revista=158
- Bray, G. & Champagne, C 2005. 'Beyond energy balance: there is more to obesity than kilocalories'. *J Am Diet Assoc.* vol. 105. n 5. pp 7-23
- Bullen, M. & Pecharromán, B 2005. '*Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios*'. Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía, N°. 27.
- Chavarría, M. Camacho, N 2010. 'Obesidad, autoestima y funcionalidad familiar en Adolescentes'. Memorias y Mejores Trabajos ISBN 968-5402-16-7. Recuperado en Junio 9, 2011 en <http://www.rusmanmalili.com/Obesidad,-autoestima-y-funcionalidad-familiar-en-adolescentes.html#>
- Chescheir, N 2011. 'Obesidad en el Mundo y su Efecto en la Salud de la Mujer'. *Obstet Gynecol.* vol. 117. pag. 1213–22. Recuperado en junio 2, 2011 en http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2011_ChescheirCES_Translation.pdf
- Comuzzie, AG.Williams, JT. Martin, LJ&Blangero, J 2001.'Searching for genes underlying normal variation in human adiposity'. *J Mol Med.* vol 79. pp 57-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11327104?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+2+July+from+10-12+BST+for+monthly+maintenance>
- ENDEMAIN 2004, Informe Final: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil: Quito, Octubre 2005.

- Fong, E. Zazuela, M. Fletes, D. & Perez, C 2006. 'Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en el personal de Enfermería'. *Med Int Mex.* vol .22 pp. 81-84 Recuperado Agosto 18, 2010. En <http://imbiomed.com.mx>
- Fontaine, K, Redden, D. Wang, C. Westfall, A & Allison, D 2003. 'Years of life lost due to obesity'. *JAMA* vol. 289. n 2. pp 187-193. <http://jama.ama-assn.org/content/289/2/187.full>
- Hernandez, M. & Ruiz, V 2007. 'Obesidad, una epidemia mundial: Implicaciones de la genética.' *Rev Cubana Invest Bioméd.* vol. 26. n. 3. Recuperado en Abril 13, de 2011 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
- Huerta, L 2004. 'Frecuencia, factores de riesgo y grado de obesidad en Trabajadores de la salud en el hgz y MF 1 delegación Colima.' Tesis De Especialista En Medicina Familiar. Instituto Mexicano Del Seguro Social Universidad De Colima.
- INEC: Indicadores Básicos de Salud, Principales Causas de Muerte en Ecuador, 2006.
- Irigoyen, A 2006. *Nuevos Fundamentos de medicina familiar*. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México.
- Llanos, F. Najar & N. Mayca, J 2001. 'Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia – 1998'. *Rev Med Hered.* vol.12. no.3. pp.78-84. Recuperado en Agosto 18, 2010 en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
- Loos, R & Bouchard, C 2003. 'Obesity--is it a genetic disorder?'. *J Intern Med.* vol 254. n 5. pp. 401-425. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14535962>
- Lopez, P. Padilla, L & Bracho, Y 2005. 'The role of adipocytes in metabolic syndrome inflammation'. *Acta Med Colomb.* vol.30. no.3. p.137-140. Recuperado en mayo 27, 2011, de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000300010&lng=en&nrm=iso
- Luckie, A 2009. 'Obesidad: Trascendencia y repercusión médico-social'. *Rev Esp Médico-Quirúrgicas.* vol 14. nº 4. pag 191-201
- Martínez, J. Moreno, M. Marqués, I. & Martí, A 2008. 'Causas de obesidad' *ANALES Sis San Navarra.* vol.31. No 3. Recuperado en Abril 15, 2011, de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5465/4523>
- Meigs, A 1997. 'Food as a Cultural Construction'. *Food and Culture: A Reader.* Ed. Carole Counihan and Penny van Esterik. New York: Routledge. 95-106
- Miguel, P; Nino, A. 2009. 'Consecuencias de la obesidad'. *ACIMED.* vol. 20, n. 4. Recuperado Agosto 8, 2010. en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006&lng=es&nrm=iso
- Ministerio de Inclusión Económica y Social 2011. Campaña "SUBE SUBE" MIES- Aliméntate Ecuador. Recuperado en junio 9, 2011. En <http://www.mies.gov.ec/index.php/noticias/8-noticias/2820-mies-programa-alimentate-ecuador-presenta-a-los-medios-de-comunicacion-del-pais-la-campana-de-promocion-de-alimentacion-saludable-sube-sube>

- Montero, J 2001. 'Obesidad: una visión antropológica'. *Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires*. vol 1. pp 25. Recuperado en Agosto 12, 2010 en <http://www.meducar.com.ar/cursos/files/ANTROPOLOGIA.pdf>
- Navarro, c. Vanegas, U. Navarro, J & Corbala, J 2005. 'Sobrepeso y obesidad entre mujeres profesionales de la salud'. *Ginecol Obstet Mex*. vol. 73pp. 401-6 Recuperado Agosto 18, 2010. En <http://imbiomed.com.mx>
- Ortiz, M. & Alvarez, C 2009. 'Informe de la Epidemiología de la Obesidad y las Políticas Públicas para su Prevención'. Recuperado en diciembre 10, 2010. En http://www.ua.es/webs/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGIA_Y_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPSS.pdf
- Osuna, I. Hernández, B. Campuzano, J. & Salmerón, J 2006. 'Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte'. *Salud pública Méx*. vol. 48. no 2. pp. 90-103. Recuperado Julio 18, 2010. en http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200003&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342006000200003.
- Padilla, G. Roselló, M. Guzmán, S. & Aráuz, A 2006. 'Percepción de la obesidad en adultos costarricenses'. *Acta méd. costarric*.. vol. 48. no 3. pp. 129-130. Recuperado Julio 18, 2010 en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022006000300007&lng=es.
- Pedraza, D 2009. 'Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica'. *Saudesoc*. vol.18, n.1, pp. 103-117. Recuperado en Julio 9, 2010 en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100011&lng=en&nrm=iso.
- Peña, M & Bacallao, J 2000. 'La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública'. *Organización Panamericana de la Salud*; 13-25. (Publicación Científica No. 576). Disponible en: http://www.bibliomed.com/book/showdoc.cfm?bookid=125&bookc_atid=54&bookchptrid=7
- Peña, M. & Bacallao, J 2005. 'La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas'. *Revista Futuros*. Vol. 3. n 10. Recuperado en julio 9, 2010 en <http://www.Bibliomed.Com/Biblioteca/Paho/Obesidad/1a.Pdf>
- Reyes, M 2010. 'Características Inflamatorias De La Obesidad'. *Rev. chil. nutr.*, Santiago, vol. 37, nº 4. Recuperado en Abril 28, 2011. en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000400011&lng=es&nrm=iso.
- Rodriguez, L. Diaz, F. & Rodriguez, E 2006. 'Sobrepeso y obesidad en profesores'. *An. Fac. med*. vol.67. no.3. pp.224-229. Recuperado en Agosto 18, 2010 en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583.
- Rodriguez, L. Carballo, L. Falcón, A. Arias, R & Puig, A (2010). 'Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal'. *Med Univer*. vol 12. no 46. pp. 29-32. Recuperado Junio 9, 2011.en

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/304/304v12n46a13150440pdf001.pdf>

- Sardiñas, N 2010. 'Repercusión de la Obesidad en la Morbilidad Obstétrica' *Rev Cub Obs y Gin.* vol36. n 1. pag 9-15. Recuperado en marzo 10, 2011 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000100003&script=sci_arttext
- Serra, Ll. Ribas, L. Aranceta, J. Pérez, C. Saavedra, P. & Peña, L 2003. 'Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000)' *MedClin.* vol. 121. pp. 725-32
- Sorli, J 2008. 'Obesidad y Alteraciones Metabólicas: Factores Genéticos y ambientales en la población mediterránea'. Universitat de Valencia. Servei de Publicacions.
- Tapia, A & Masson, L 2006. 'Detección De Síntomas Depresivos En Pacientes Con Sobrepeso Y Obesidad'. *Rev. chil. nutr.* vol.33, n.2. pp. 162-169. Recuperado en Julio 9, 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext
- Temporelli , K & Viego, V 2010. 'Socioeconomic factors as determinants of overweight and obesity. The Argentinian case'. *MPRA Paper.* Recuperado en Octubre 2, 2010. en <http://mpa.ub.uni-muenchen.de/26880/>
- Villaroel, C 2010. 'Repercusión de la Depresión en la Funcionalidad Familiar de pacientes con Sobrepeso y Obesidad'. *Rev. méd. Soc. Cochabambina Med. Fam.* Recuperado en Abril 18, 2011 en <http://www.rusmanmalili.com/pdf/repercusi-n-de-la-depresi-n-en-la-funcionalidad-familiar-de-pacientes-con-sobrepeso-y-obesidad-caja-nacional-de-salud-cochabamba-2007.html>
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: The Organization; 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
- Yepez, R. Carrasco, F & Baldeon, M 2008. 'Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana'. *ALAN.* vol.58. no.2. pp.139-143. Recuperado en abril 19, 2010. en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222008000200004&script=sci_arttext
- Yepez, R. Carrasco, F & Baldeon, M 2008. *Obesidad.* Sociedad Ecuatoriana de ciencia de la Alimentación y Nutrición. Quito.

ANEXOS

Anexo 1. Formulario Aplicado

Entrevista No. _____ Fecha de Realización: _____

I. Antecedentes Personales:

Nombre: _____ HCU: _____

Sexo: M__ F__ Edad: __ Domicilio: _____ Telf: _____

Escolaridad: Ninguna _ Primaria Incompleta _ Primaria Completa _ Secundaria incompleta _ Secundaria completa _ Superior __

Ocupación: _____ Clase: _____

III. Antecedentes clínicos:

Peso _____ Talla _____ IMC _____ Cintura _____ Cadera _____
ICC _____

Diagnóstico nutricional: _ BAJO PESO _ NORMAL _ SOBREPESO _ OBESIDAD

IV. Otros aspectos:

Autopercepción de imagen corporal: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Estructura Familiar: Tipo de familia*: _____ Num. Integrantes _____ Etapa ciclo familiar** _____

Principal Red de Apoyo Familiar: _____

FUNCIONALIDAD: Funcional ____ Disfunción Moderada ____ Disfunción Severa ____

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación. *Casi nunca (1). Pocas veces (2) A veces (3). Muchas veces (4). Casi siempre (5)*

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

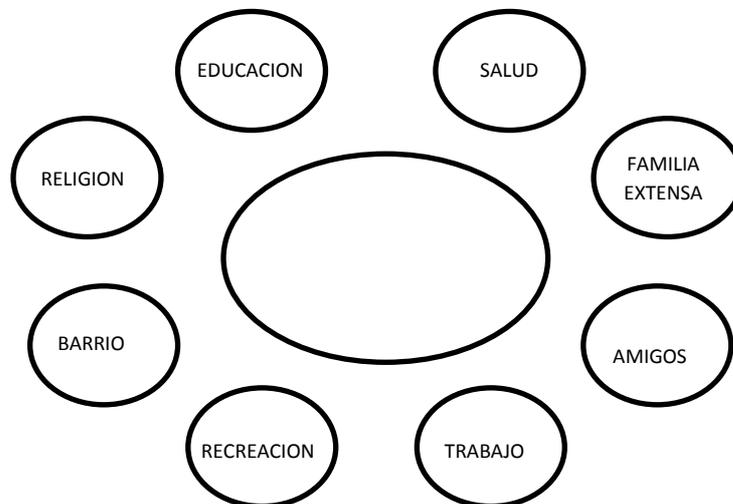
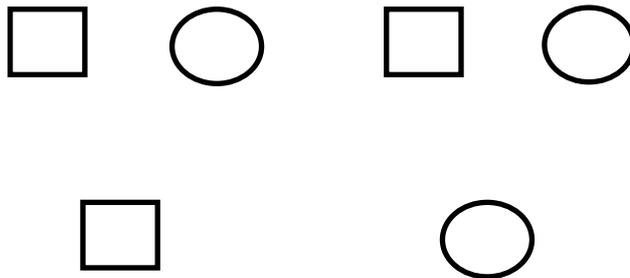
Puntuación: De 70 a 57 puntos. Familias funcional De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

V. Hábitos:

Numero de comidas al día: ____ Ejercicio: SI ____ NO ____ Horas por Semana: ____ Horas Día TV ____
Usted misma cocina? SI ____ NO ____ Cree que su alimentación es sana? SI ____ NO ____

Con que frecuencia come:

	Diario	2-4/semana	Semanal	Mensual	Casi Nunca
Frutas					
Vegetales					
Ensaladas					
Carne(pollo,res,cerdo...)					
Pescado					
Fritos					
Pan					
Arroz					
Papas					
Fideos					
Maíz (Mote)					
Granos (Frejol, arveja, lentejas, etc)					
Colas, refrescos					



Anexo 2. Variables de Interés y sus Indicadores

- **Género:** Características genotípicas, pudiendo ser masculino o femenino.
- **Edad:** En años cumplidos hasta la fecha de la entrevista
- **Escolaridad:** Años cursados de educación, se medirá de acuerdo a la siguiente clasificación: _ Ninguna _ Primaria incompleta _ Primaria completa _ Secundaria incompleta _ Secundaria completa _ Superior
- **Tipo de ocupación:** Se clasificó el trabajo, por orden alfabético de la siguiente manera: Agricultura, Comerciante, Empleada Doméstica, Empleada Privada, Estudiante, Profesional y QQDD (Quehaceres Domésticos).

FAMILIOGRAMA: es una representación esquemática de la familia que provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. El Familiograma es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, el Familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra. Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con lo que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.

- **Estructura familiar:** Identificada mediante el familiograma estructural. Nótese que el término padre se utiliza para definir al padre a la madre.

1. **Familia Nuclear.** Dos Adultos cónyuges que son los padres, y que viven con sus hijos, ya sean, biológicos o adoptados.

2. **Familia extendida.** 2 o más generaciones conviviendo en el hogar.
3. **Familia nuclear ampliada.** Familia nuclear que vive con miembros adicionales.
4. **Pareja sin hijos.** 2 adultos cónyuges que no tienen descendencia.
5. **Familia monoparental.** Un solo padre (madre) y su(s) hijo (s).
6. **Familia binuclear.** Desintegrada, unos hijos de van con el papá y otros con la mamá.
7. **Familia reconstituida.** Pareja separada o divorciada en la cual uno se casa nuevamente y lleva a por lo menos un hijo de su matrimonio anterior a vivir en su nuevo hogar, puede tener o no otro hijo con su actual pareja.
8. **Equivalentes familiares.** (Cumplen los criterios de la familia excepto por la relación entre cónyuges). Pueden ser: Familia con persona sola, Grupos de personas, Comunidades religiosas o militares, Relaciones homosexuales estables, Adultos homosexuales con hijos adoptados.

CICLO VITAL FAMILIAR: Son las etapas por las que pasa la familia desde su creación hasta su disolución. Las etapas se basan en el hijo mayor. Según el Modelo de Duvall son:

1. Comienzo de la familia (Nido sin usar)
2. Familia con hijos (hijo mayor hasta 30 meses)
3. Familia con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses a 6 años).
4. Familia con hijos escolares (6-13 años)
5. Familia con adolescentes (hijos entre 13 y 20 años).
6. Familias con plataforma de despegue (Desde que se va el primer hijo hasta el último).
7. Familias maduras (desde el nido vacío hasta la jubilación).
8. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos cónyuges).

FF-SIL: Se utilizó el test FF-SIL que fue diseñado y valorado en Cuba con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera: De 70 a 57 puntos. Familia funcional De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional.

ECOMAPA: es un complemento del familiograma y una gran ayuda para la comprensión del entorno en que se desarrolla la vida de las familias. Su uso rutinario tiene el propósito de representar la familia y sus contactos con sus suprasistemas, es decir, con el ambiente que les rodea. “El Ecomapa representa un panorama de la familia y su situación gráfica, conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y de privaciones. El procedimiento de dibujar el mapa, destaca la naturaleza de las interfases y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar”. (Hartman, 1979)

El Ecomapa consta de un círculo central que contiene el familiograma de la familia, es decir, la que vive bajo el mismo techo; alrededor del círculo central se ubican otros círculos que representan los amigos, las instituciones de salud y de educación, el trabajo, la familia extensa, la recreación religión, etc., en el contexto de la familia, que tendrán una influencia positiva o negativa en la evolución de los integrantes de una familia.