



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13  
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

**TESIS DE INVESTIGACIÓN  
FUNCION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS OBESOS DE LA  
UMF 2 DE CHAMPOTÓN CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Dra. Ma. Angelina Ríos Rodríguez.**

San Francisco de Campeche, Campeche





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

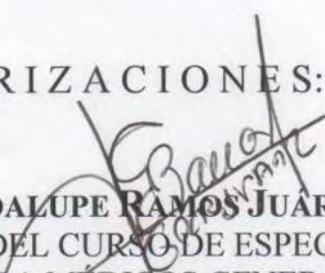
# **FUNCION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS OBESOS DE LA UMF 2 DE CHAMPOTÓN CAMPECHE.**

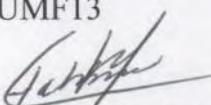
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

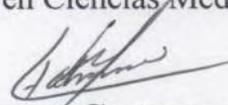
PRESENTA:

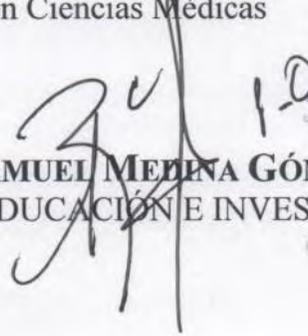
**Dra. Ma. Angelina Ríos Rodríguez.**

AUTORIZACIONES:

  
**DR(A). GUADALUPE RAMOS JUÁREZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN  
UMF13

  
**DR(A). HAYDEE CABRERA REYES**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
Especialista en Medicina Familiar  
Maestro en Ciencias Médicas

  
**DR(A). HAYDEE CABRERA REYES**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
Especialista en Medicina Familiar  
Maestro en Ciencias Médicas

  
**DR. DOMINGO SAMUEL MEDINA GÓNGORA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



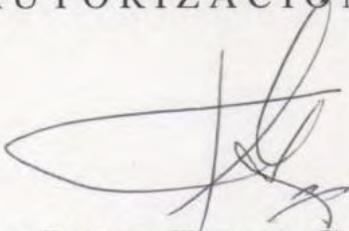
**FUNCION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS OBESOS DE LA  
UMF 2 DE CHAMPOTÓN CAMPECHE.**

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

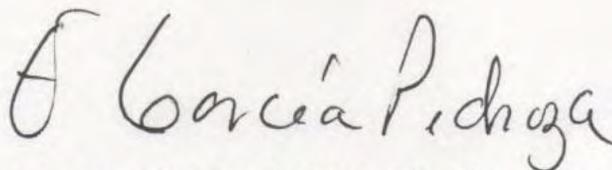
**PRESENTA:**

**Dra. Ma. Angelina Ríos Rodríguez.**

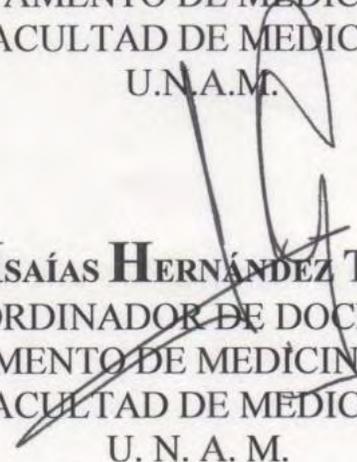
**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 401  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, CAMPECHE

FECHA 25/03/2011

**MTRA. HAYDEE CABRERA REYES**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS OBESOS DE LA UMF 2 DE CHAMPOTON, CAMPECHE**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2011-401-3</b>

ATENTAMENTE

**DR.(A). JOSÉ LUIS KANTÚN JIMÉNEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 401

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

“CÉDULA DE REVISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN FINAL”

EL OBJETIVO DE ESTA CÉDULA, ES HACER LLEGAR A USTED LOS COMENTARIOS DE SU INVESTIGACIÓN FINAL. PARA LA APROBACIÓN DE ESTE, ES INDISPENSABLE EFECTUAR LOS CAMBIOS SEÑALADOS EN LOS APARTADOS CORRESPONDIENTES, ES CONVENIENTE QUE CONTINÚE EL DESARROLLO DEL TRABAJO CON SU PROFESOR TITULAR.

**Nombre del alumno:** Angelina Ríos Rodríguez

**Sede Académica:** Unidad de medicina familiar 13 San Francisco. Campeche, Campeche

**Identificación del trabajo:** Función Familiar en pacientes adultos obesos de la UMF2 de Champoton, Campeche

**Nombre del Profesor que revisó el trabajo:** Dra. Baillet Esquivel Laura E. 20 abril 2012

**Nº de revisión:** 1

**HOJAS FRONTALES:** Bien

**TÍTULO:** Bien

**ÍNDICE:** Bien

**MARCO TEÓRICO:** Bien

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** Bien

**JUSTIFICACIÓN:** Bien

**OBJETIVOS:** bien

**HIPÓTESIS:**

**METODOLOGÍA:** bien

**DISCUSIÓN:** bien

**CONCLUSIONES:** SE APRUEBA ESTA TESIS

correo [laurataurojavi@hotmail.com](mailto:laurataurojavi@hotmail.com)

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** BIEN

Baillet Esquivel Laura E.  
15/04/2012  
Aprobada

## **A g r a d e c i m i e n t o s**

Al finalizar un trabajo como lo es el desarrollo de una tesis y ver la magnitud del mismo en todo el proceso, me nace el sentimiento de agradecimiento hacia todas las personas que estuvieron todo este tiempo para la terminación de dicho trabajo. Debo y deseo agradecer de la manera más especial y sincera a la Dra. Haydeé Cabrera Reyes, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en Ciencias Médicas y Asesor de Metodología y del Tema de esta Tesis, por su presencia incondicional, apoyo y confianza en mi trabajo de Investigación, su capacidad invaluable y sus ideas propias siempre enmarcadas a la orientación.

Por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi esposo y mis hijos que sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo este trabajo de Investigación.

También quiero expresar mi agradecimiento a mi hermana la Dra. Karina del Rosario Ríos Rodríguez, por su apoyo y tiempo que me dedicó en la realización de la tesis.

Por último mi agradecimiento sincero a la Dra. Lourdes Aurora Rodríguez Segovia, por su constante espíritu servicial y desinteresada colaboración durante el desarrollo del trabajo de investigación.

## Índice

1. Antecedentes.....	1
2. Planteamiento del problema.....	9
3. Justificación.....	11
4. Objetivos.....	12
5. Metodología.....	13
6.- Procedimiento.....	17
7.- Consideraciones Éticas.....	18
8.- Resultados.....	19
9.- Discusión.....	32
10.- Conclusiones.....	34
11. Referencias bibliográficas.....	36
12. Anexos.....	41

## **Antecedentes**

La Obesidad es el desequilibrio entre el gasto energético y la energía ingerida con un balance energético positivo a favor de la ingestión, causando un problema de alteración termogénica y de respuesta a receptores metabólicos <sup>(1)</sup> es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso <sup>(2)</sup>.

Los profesionales de este ámbito consideran obesa a una persona cuando su peso sobrepasa el límite compatible con su salud física y mental y con las expectativas normales de la vida y se clasifica en grados según el IMC <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social. Sin embargo, se debe de recordar que la obesidad es en si misma un estado patológico que con lleva a desarrollar enfermedades crónico degenerativas como son las cardiopatías, diabetes mellitus tipo2, hipertensión arterial y dislipidemias que ocasionan un gran costo a los sistemas de salud <sup>(5)</sup>, <sup>(6)</sup>.

La obesidad constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas. Los datos epidemiológicos indican un aumento de la prevalencia en la mayor parte de países del mundo,

La obesidad mórbida, se ha convertido en un grave problema de salud por la frecuencia de comorbilidad con la que va asociada. Las consecuencias y complicaciones del exceso de peso inciden en el ámbito físico (afecta, por ejemplo, al sistema cardiovascular, al respiratorio, al digestivo, al osteoarticular, al reproductor, al endocrino-metabólico, al neurológico y al dermatológico, y tiene relación con determinados tipos de cáncer) y psicológico por las numerosas consecuencias psicosociales que acarrear (por ejemplo, trastornos adaptativos) y/o trastornos psiquiátricos primarios que actúan como precipitantes o

mantenedores del exceso de peso patológico (por ejemplo, trastorno por atracones). Las evidencias en este último punto, ha hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su última revisión de la CIE-10, establezca los criterios diagnósticos para lo que denomina la “obesidad vinculada a trastornos psicológicos”<sup>(7)</sup>.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud, denominó a la obesidad como la epidemia Mundial<sup>(8)</sup> la cual se ha triplicado en menos de dos décadas, su prevalencia mundial es aproximadamente 1,700 millones que padece sobrepeso y 312 millones que presenta obesidad<sup>(9)</sup> En España, la obesidad (personas con un IMC>30) es un importante problema de salud que afecta a un 13.4% de la población, en mayor cuantía al grupo comprendido entre 55 y 65 años, a las mujeres y a los niveles culturales más bajos<sup>(10)</sup>. La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, en la que destaca patrones de conducta de sedentarismo y la ingesta excesiva de grasas en la dieta<sup>(11)</sup>. La NOM-174-SSA 1-1998<sup>(12)</sup>, determina la existencia de obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor de 27 unidades y en población de talla baja (mujer adulta con menos de 1.50 mts., y hombre adulto con menos de 1.60 mts., mayor de 25<sup>(13)</sup>. Según la Encuesta Mundial de la Salud y Nutrición<sup>(14)</sup> se estima en México existe 52.2 millones de personas con sobrepeso y obesidad<sup>(9)</sup>. De los cuales corresponde el 39.5% al sobrepeso y el 31.7% a la obesidad. Aproximadamente el 70% de la población adulta tiene una masa corporal que puede considerarse elevada, esta condición ha ubicado a México en el segundo lugar a nivel mundial con una prevalencia de obesidad de 46% más alta en mujeres en un (35.5%) en comparación con el hombre (24.3%). Campeche ocupa el tercer lugar a nivel nacional con una prevalencia de 79.1% precedida por los Estados de Durango (79.6%) y Baja California (79.5%)<sup>(15)</sup>,<sup>(16)</sup>.

En la etiología de la obesidad intervienen factores genéticos, sociales y culturales. El ambiente influye en la tendencia de la persona a desarrollar obesidad, y la genética determina las diferencias de peso en cada momento de la vida<sup>(17)</sup>. Las

condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento familiar, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como es la obesidad <sup>(17)</sup>.

Wadden y Stunkard han propuesto tres mecanismos fisiopatológicos para este abordaje:

- 1).- La obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos
- 2).- Puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas
- 3).- Puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas.

Como puede suponerse, en los dos primeros casos, se le ha asociado frecuentemente a la psicopatología. Gold clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional:

- a).- La actividad oral funciona como mecanismo de adaptación de ansiedad, tensión, tristeza y frustración.
- b).- El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira.
- c).- La comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. <sup>(17)</sup>.

Para el diagnóstico de la obesidad se utiliza la Clasificación de la obesidad según el Índice de Masa Corporal (SEEDO 2000).

Grado de obesidad	Valores límite del IMC
Obesidad de tipo I	30 - 34.9
Obesidad de tipo II	35 - 39.9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 - 49.9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50

## Clasificación de la obesidad según el Índice de Masa Corporal Según OMS.

Grado de obesidad	Valores límite del IMC
Bajo Peso	Menos de 18.5
Peso Normal	18.5 A 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obesidad de tipo I	30 - 34.9
Obesidad de tipo II	35 - 39.9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 ó más

Dr. Paredes Sierra Raymundo.- Sobrepeso y Obesidad en el Niño y Adolescente.- Agosto- 2007.

Se realiza una Historia Clínica completa con interrogatorio sobre los antecedentes genéticos, enfermedades, alimentación, estilo de vida. Posteriormente se efectúa la exploración física tomando en cuenta la estatura y el peso para calcular el Índice de Masa Corporal, a través del cual se estima el grado de obesidad. Se solicitan laboratorio.- B.H., completa, Q.S. Colesterol, Triglicéridos, PFH, Perfil Tiroideo <sup>(17)</sup>.

Una de las secuelas más importantes de la obesidad son las implicaciones sociales debido a que en la sociedad actual la persona con obesidad no es aceptada y más aún si es mujer. A nivel laboral las mujeres se enfrentan a situaciones tales, en donde los conocimientos y las virtudes pasan desapercibidos respecto a una buena experiencia física, enfrentándose a prejuicios o discriminación, y son comunes los sentimientos de rechazo, vergüenza <sup>(22)</sup>.

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sin número de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que lo comprueben <sup>(23)</sup>.

Kaplan y Kaplan 1957 proponía que la sobre ingesta es una conducta aprendida utilizada por los pacientes obesos como mecanismo para reducir la ansiedad, o bien es posible considerar a la obesidad como una manifestaciones de ansiedad y culpa <sup>(24)</sup>.

La obesidad no solo se representa en la “forma física”, sino también en las actitudes y en las emociones <sup>(6)</sup>. Uno de los factores más importantes y que retroalimentan a la obesidad es la perdida de la autoestima, la cual puede llevar al paciente obeso a un cuadro de menosprecio de su imagen corporal, mayor prevalencia de sentimientos de frustración y humillación <sup>(6)</sup>. Así también no sólo es resultado de una cadena lineal causa efecto sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, y es de suma importancia considerar a la familia como parte de la problemática, ya que la familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de éste sistema <sup>(19)</sup> actuando como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso <sup>(20)</sup> por lo que existe una estrecha relación entre la disfunción familiar y la obesidad<sup>(21)</sup>.

La familia es un grupo social caracterizado por la residencia común, la cooperación económica y la reproducción, a este grupo se incluyen adultos de ambos sexos, de los cuales al menos dos mantienen relaciones sexuales socialmente aprobadas y uno o más hijos propios o adoptados de los adultos que cohabitan sexualmente. Las familias funcionales son las que cumplen en mayor o menor grado, con las obligaciones que tiene cada miembro del sistema. Ackerman menciona 6 requisitos que debe de cumplir la familia para que exista funcionalidad: <sup>(25)</sup>.

1. Promover alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida
2. Ser la matriz de relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.
3. Promover la identidad personal ligada a la familia. Proporciona la seguridad

4. Promover la identidad sexual, prepara el camino para la relación sexual futura.
5. Promover identidad social, ayuda a aceptar responsabilidad social.
6. Fomenta el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual. <sup>(25)</sup>.

Las características de la funcionalidad tendrán entonces, que ver con estructura familiar, bienestar, formas de intercambio afectivo, maneras de resolver problemas, enseñanza de reglas <sup>(25)</sup>.

DISFUNCIONALIDAD: Hace alusión a los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de afectos de bienestar, deterioro posible desintegración <sup>(25)</sup>.

Vázquez y Cols., describen que durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad, que intentan aliviar mediante la conducta de comer, aunado a las condiciones ambientales culturales y sociales en que se desenvuelve un paciente, esto influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social <sup>(20)</sup>.

Montero y Cols., señalan que la mayor carga que soporta el obeso es justamente la carga psicológica producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo dándole a este una actitud de rechazo hacia la obesidad y produciéndole sentimientos de culpa por ser obeso, así como temor al fracaso para controlar el peso, lo cual les genera baja autoestima y condiciona a mayor riesgo de problemas a nivel familiar <sup>(26)</sup>.

En un estudio llevado a cabo por Jiménez Rodolfo y cols., en 246 adolescentes (124 hombres y 120 mujeres) se encontró que los jóvenes con obesidad presentaron mayor disfunción familiar y desaprobación de su conducta alimentaria. Estos autores concluyen que la conducta alimentaria de los adolescentes obesos está interrelacionada con aspectos de la psico dinámica familiar que afectan su

homeostasis y a la autoimagen corporal del joven, factores que deben ser considerados cuando se estudian en la clínica <sup>(27)</sup>.

Por otro lado, en la consulta de Medicina Familiar la Dra. Rosmery realizó un estudio descriptivo transversal en 50 pacientes con sobre peso y obesidad para identificar la función familiar; esta fue evaluada por medio del Test de Apgar. Los resultados reportan que el 80% de los pacientes presentaron normofuncionalidad, el 14% disfunción familiar moderada y solo el 6% presento disfuncionalidad grave <sup>(28)</sup>. Así mismo, con el objetivo de detectar las características psicológicas en pacientes con obesidad mórbida y analizar si la edad de inicio de la enfermedad determina el perfil psicológico de la persona obesa, Lorence estudió a 31 pacientes con IMC mayor de 40 que fueron atendidos en la Unidad de Riesgo Cardiovascular del “Hospital Virgen de Macarena” en la Provincia de Sevilla; los resultados muestran que el 64.5% están esperanzados en que su enfermedad evoluciona positivamente, y el 35.5% tiene poca o ninguna expectativa de un buen progreso. En relación a las variables autoestima, satisfacción vital y disfunción familiar, reporta un nivel de autoestima alto (media 30.27), en satisfacción vital una media de 21.6 (D.T =4.54, y de 13.19 puntos en disfunción familiar (D.T=1.72) <sup>(29)</sup>.

Existen varios instrumentos que evalúan la función familiar como la Escala de evaluación de Adaptabilidad, y Cohesión Familiar FACES III con 20 Ítems, el Inventario de funcionamiento familiar, de Mc Master con 60 ítems, y el APGAR; este último es un instrumento para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para el médico en la identificación de familias de riesgo. Se ha validado para la población mexicana. Sus parámetros se delinean sobre la premisa en que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y puede manifestarse el grado de satisfacción en el cumplimiento de las funciones básicas de la función familiar. En el presente estudio se aplicará este instrumento para evaluar la función familiar por su fácil aplicación, es entendido por personas

con educación limitada y se puede contestar en un tiempo relativamente corto <sup>(33)</sup>,  
(34) (35).

El Apgar fue diseñado y publicado por Dr. Gabriel Smilkstein en la Universidad de Washington, Seattle en 1978, como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia. Este es uno de los primeros instrumentos elaborado por un médico familiar, con el propósito de que el médico de familia contará en su consultorio con un breve instrumento de uso diario, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias <sup>(33)</sup>,  
(34) (35).

El Apgar (por sus siglas en inglés) se deriva de los 5 componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un periodo de crisis; cooperación (partnership), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como la autorregulación de los miembros de la familia por el apoyo mutuo; afectividad (afección), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia y, capacidad resolutive (resolve), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo, espacio y dinero a los miembros de la familia <sup>(33)</sup>, (34) (35).

El Apgar consta de cinco preguntas, cada pregunta tiene tres categorías de respuesta que van de 0 a 2; nunca = 0; a veces = a 1, y siempre = 2. Si el puntaje es igual o superior a 7 se considera una familia normofuncional; entre 4 y 6 disfunción familiar leve y, si es igual o inferior a 3 se clasifica como disfunción familiar grave. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real se basa en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad <sup>(33)</sup>, (34) (35).

## **Planteamiento del problema**

El sobre peso y la obesidad se han convertido en una preocupación mundial dada su magnitud, la rapidez actual de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre las funciones familiares y la salud de la población que la padece. En México en el 2006 la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) señala que la prevalencia de obesidad es del 46%, más alta en mujeres, en un 35.5% en comparación con el hombre que presenta 24.3% ocupando así el segundo lugar a nivel mundial, situación trascendental ya que los pacientes obesos presentan pérdida de la autoestima con menosprecio de su imagen corporal, así como de sentimientos de frustración y humillación.

Se ha considerado a la obesidad como una respuesta a tensiones emocionales, así como a problemas en el área afectiva, como la baja autoestima, especialmente en lo referente al propio esquema corporal, representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo, observando una imagen deteriorada de sí misma. El nivel de autoestima es un factor desequilibrante en el entorno psicológico de todo ser humano y pocas patologías o acontecimientos lo disminuyen tanto como la obesidad, lo que conduce a un mayor grado de estrés o trastornos emocionales y los individuos se vuelven vulnerables o irritables condicionando alteraciones en la función familiar, ya que para algunas personas, la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas que tienen, dejándolos en “espera”. Algunos comen para escapar de las grandes decisiones que hay que tomar en la vida o simplemente para no afrontar las malas elecciones que ya hayan hecho como un matrimonio fracasado, hijos sin orientación, etc., dejando de hacer el importante papel que juegan dentro de la familia provocando con esto una total disfunción familiar.

En la UMF No. 2 de Champotón hemos observado empíricamente un incremento de los pacientes con obesidad, problemas de depresión y enfermedades psicosomáticas, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de función familiar en pacientes obesos adultos en la UMF No. 2 Champotón Campeche?

## **Justificación**

La familia es un pilar fundamental en la sociedad que representa una fuente de apoyo afectivo y social entre sus miembros, por lo que en muchas ocasiones el estrés que ocasiona el cohabitar en una familia disfuncional conlleva a descargar éste en una compulsión por el consumo excesivo de alimentos, el hecho de que una familia no desarrolle adecuadamente sus funciones ocasiona una alteración en su dinámica y sus roles, esto aunado a la cada vez más agitada vida diaria repercute gradualmente en el consumo de alimentos principalmente fuera de casa, gran parte de ellos son los denominados “comida rápida”, que tienen un alto nivel calórico y forman el escenario idóneo para aumentar el número de pacientes con desarrollo de sobre peso y obesidad. Las figuras paterna y materna y sus costumbres tienen gran influencia en el hijo por lo que serán adoptadas por éste debido a que a su corta edad es fácilmente moldeable. Un padre o una madre realizando mal su rol ocasionado por la obesidad conllevan a un hijo desorientado y con costumbres que repercutirán en su -vida adulta.

Es importante identificar la frecuencia de función familiar en estos pacientes debido a que la disfunción familiar repercute en la salud de la familia formando un círculo vicioso obesidad – disfunción familiar – obesidad y así mismo brindarles de manera oportuna un manejo integral.

## **Objetivo general**

Conocer la frecuencia de función familiar en pacientes adultos con obesidad adscritos a la UMF c/ Hospitalización No. 2 Champotón, Campeche.

## **Objetivos específicos**

- Conocer los grados de función familiar en pacientes obesos.
- Determinar la frecuencia de función familiar por género.
- Identificar los grados de obesidad.
- Identificar los grados de obesidad por grupos de edad.

## **Metodología**

### **Diseño del estudio:**

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### **Población de estudio:**

Pacientes adultos obesos que acuden a consultar de la UMF No. 2 Champotón, Campeche durante el periodo del 1 de abril al 30 de junio del 2011.

### **Tamaño de Muestra:**

La muestra se seleccionó a través de la fórmula de la FAO, empleando como parámetro la prevalencia de obesidad del 35%, con un nivel de confianza del 95% y un error tolerado del 5%, obteniéndose un tamaño de muestra de 364 sujetos obesos.

$N = T^2P / (100 - P) / D^2$  en donde:

T= nivel de confianza 95% valor 2

P= Prevalencia de la obesidad (35%)

D= error tolerado del 5%

### **Criterios de inclusión:**

- Paciente con obesidad.
- Edad de 20 a 59 años
- Ambos Géneros.

### **Criterios de exclusión:**

- Obesidad endógena.
- Pacientes embarazadas.

**Criterios de Eliminación:**

- Pacientes con cuestionarios Incompletos.

**Descripción Operativa de Variables:****Obesidad**

Variable cualitativa nominal.

**Definición conceptual:**

Obesidad exógena.- Trastorno de la alimentación que condiciona el exceso de grasa en el organismo.

**Definición operacional:**

Se considera obeso a todo paciente que este por arriba de 30 UI según la clasificación IMC.

**Escala de medición:**

Cualitativa nominal.

**Edad**

Cuantitativa discreta.

**Definición conceptual:**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

**Definición operacional:**

Años cumplidos en el momento del estudio..

Indicador edad en años.- 20, 21, 22, 23 24.....etc.

**Escala de Medición:**

Cuantitativa Razón.

## **Género**

Cualitativa Nominal.

### **Definición conceptual:**

Conjunto de seres vivos que tienen uno o varios caracteres en común.

### **Definición operacional:**

Expresión fenotípica, Hombre o Mujer.

### **Escala de medición:**

Cualitativa Nominal Dicotómica

## **Función Familiar**

Cualitativa Nominal.

### **Definición Conceptual:**

Es el cumplimiento de las actividades que realiza la familia, las relaciones sociales que establece en la ejecución de estas actividades.

### **Definición Operacional:**

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Se midió a través del instrumento el APGAR validado para la población mexicana valorando Familia funcional, o Disfunción Familiar en una escala del 0 al 10.

00 - 06 Disfunción Familiar

07 - 10 Familia Funcional.

Indicador 1=si                      2=no

**Escala de Medición:** Cualitativa Nominal Dicotómica.

## Procedimiento

Previa autorización del Comité Local de Investigación del H.G.Z. No. 1 y del Director de la UMF No. 2, Se acudió a la consulta externa de Medicina Familiar con el fin de identificar a pacientes adultos obesos que cumplieran los criterios de inclusión,

Por medio de entrevista directa con el paciente, se les informó y explicó en qué consistiría su participación en la investigación, los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión se les solicitó la firma del consentimiento informado,(anexo 1) asegurándoles la confidencialidad de los datos. Posteriormente para evaluar la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario del APGAR validado para la población mexicana, diseñado por Dr. Gabriel Smilkstein, el cual consta de cinco preguntas con una escala de 0 al 4, y tiene una calificación del 0 al 10;

Funcionalidad Familiar	07	10
Disfunción moderada	04	06
Disfunción Severa	00	03

Para fines de este estudio se considera como función familiar un puntaje de 07 al 10 y como disfunción familiar de 00 al 06.

El investigador permaneció pendiente en todo el proceso del llenado del cuestionario para aclarar cualquier duda que le surgiera al paciente de estudio.

Los cuestionarios fueron evaluados en forma independiente y a ciegas por el asesor metodológico cada 20 cuestionarios hasta completar el total de la muestra de estudio y serán analizados estadísticamente.

Los datos se capturaron en el programa estadístico SPSS v. 11.5., y se realizó Estadística descriptiva para obtener frecuencias simples y medidas de tendencia central (estadística descriptiva)

## Consideraciones éticas

No se considera que represente algún riesgo para la salud, de acuerdo a la norma de ética oficial para el trabajo de investigación y la norma de Helsinki.

En apego al capítulo 1, fracción V de la Ley General de Salud (1987) de investigación:

- Artículo 13, se respetará la dignidad y bienestar de los participantes, garantizando su anonimato y la libertad de retirarse en el momento deseado.
- Artículo 21, los sujetos del estudio se les solicitará su participación voluntaria previo informe de los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizar.

Se debe tomar toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación.

En la investigación médica de seres humanos competentes, cada individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente, debe pedir por escrito el consentimiento informado y voluntario de la persona <sup>(36)</sup>. <sup>(37)</sup>.

## Resultados

En la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 2 Champotón, se seleccionaron a pacientes adultos obesos de 20 a 59 años de edad, a los que cumplían los criterios de inclusión se les aplicó el Cuestionario de APGAR de Smilkstein validado para población mexicana para evaluar la Funcionalidad Familiar

La población de estudio se conformó de 364 adultos obesos con un promedio de edad de 41.2 y una desviación estándar de 11.6, con predominio del género femenino en un 70.3% (Gráfica 1). La Tabla 1 muestra la estadística descriptiva de las variables socio-demográficas en donde se observa que el promedio del peso de estos pacientes fue de 83.1 kg y una desviación estándar de 10.5; también se observa que los pacientes obesos tienen talla baja (mínimo 1.36 m) con una media de 1.53 m y desviación estándar de 8.4. El promedio del Índice de Masa Corporal (IMC) fue de 35 con una desviación estándar de 3.3.

En la gráfica 2 se señala la frecuencia de los adultos obesos por grupos de edad, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 50 a 59 años edad con un 31.3%. Así mismo se encontró en este grupo de edad una mayor frecuencia de obesidad grado I y II en un 32.6% y 30.3% respectivamente, en comparación con el grupo de 30 a 39 años de edad en donde predomina la obesidad grado III en un 37.5%; en tanto que de manera general en los adultos obesos predomina la obesidad grado I en un 51.4% (tabla 2 y gráfica 3).

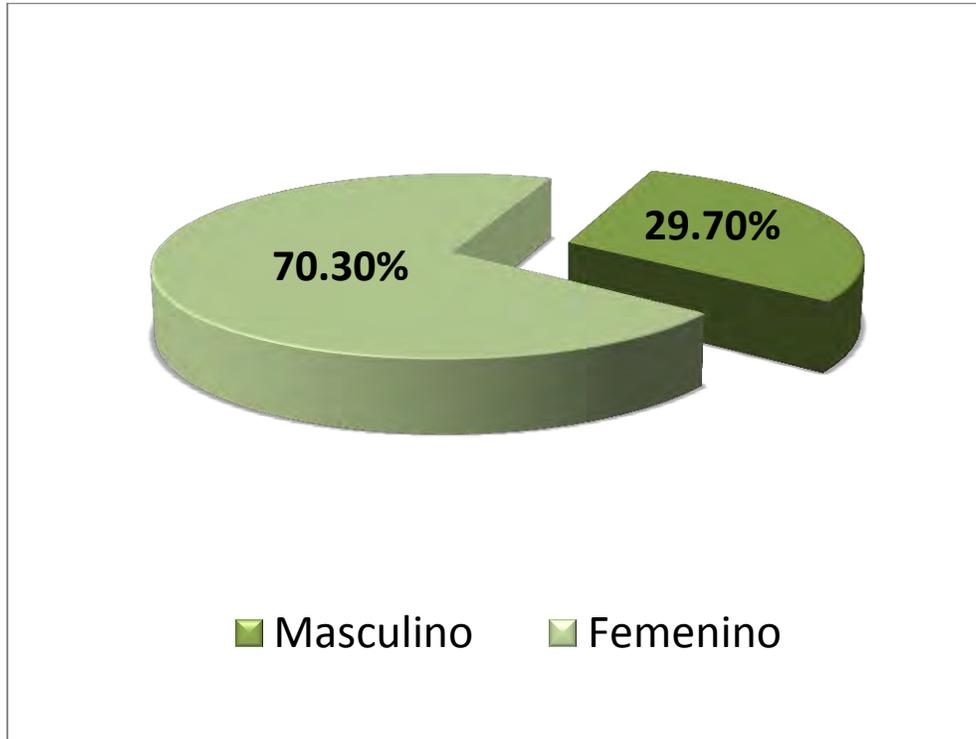
La disfunción familiar en los adultos obesos se presenta en un 51.9% y el grado de disfunción más frecuente fue le leve – moderado en un 45.3%, ligeramente menor que en los sujetos obesos que no presentan disfunción familiar (gráficas 4 y 5). Por otro lado, la disfunción familiar se presenta con mayor frecuencia en el género femenino en un 64 % en relación al género masculino (tabla 3).

El grupo de edad de 50 a 59 años de edad de los adultos obesos tiene mayor disfunción familiar que los otros grupos de edad en un 38.1 %; y los pacientes obesos en edades comprendidas entre 30 a39 años no presentan disfunción familiar en un 34.3% (tabla 4). Tanto el grado de disfunción familiar leve-moderada como la severa fue más frecuente en el grupo de edad de 50 a 59 años con un porcentaje de 38.2% y 37.5% respectivamente como se muestra en la tabla 5.

# GRÁFICAS

Gráfica 1

Distribución por género de los adultos obesos de 20 a 59 años de edad



En la gráfica 1 se observa la frecuencia de los adultos obesos por género

Tabla 1

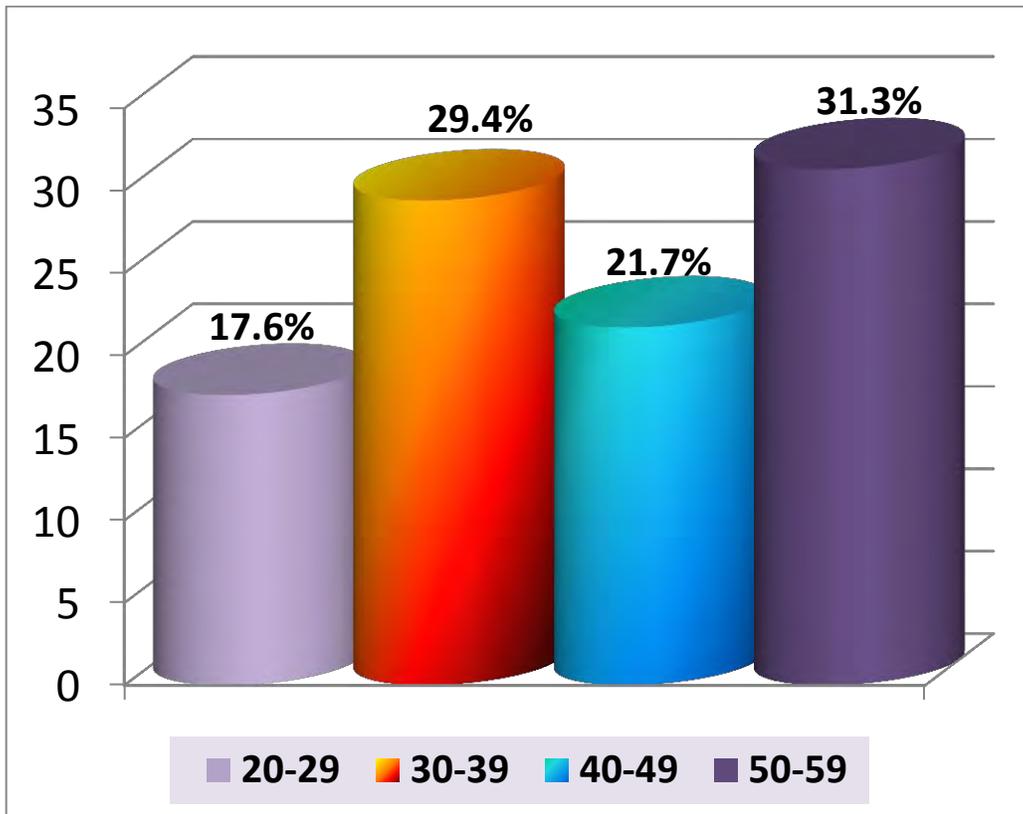
Características socio demográficas de los adultos obesos

<b>Variable</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desv estándar</b>	<b>Varianza</b>
<b>Peso</b>	<b>62 Kg</b>	<b>126.5 kg</b>	<b>83.1</b>	<b>81</b>	<b>10.5</b>	<b>111.8</b>
<b>Talla</b>	<b>1.36 m</b>	<b>1.83 m</b>	<b>1.53</b>	<b>1.53</b>	<b>8.4</b>	<b>7.11</b>
<b>IMC</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>35</b>	<b>34.6</b>	<b>3.3</b>	<b>11</b>

La tabla 1 muestra la estadística descriptiva de las características socio-demográficas de los adultos obesos de 20 a 59 años de edad

Gráfica 2

Adultos obesos por grupos de edad



La gráfica 2 muestra la distribución de los adultos obesos por grupos de edad

Tabla 2

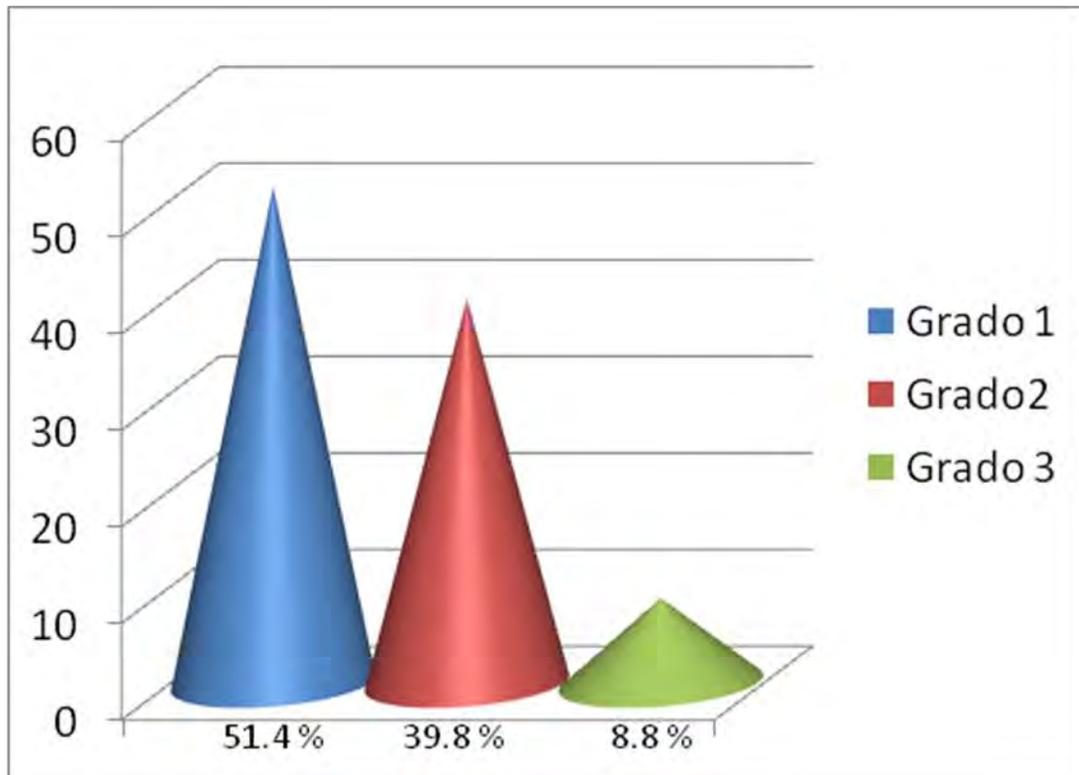
Grados de obesidad por grupos de edad

Obesidad	Grupos de Edad			
	20-29	30-39	40-49	50-59
Grado I	18.7%	27.8%	20.9%	32.6%
Grado II	18.6%	29.7%	21.4%	30.3%
Grado III	6.3%	37.5%	28.1%	28.1%

La tabla 2 muestra la frecuencia de los grados de obesidad en los adultos obesos por grupos de edad.

Gráfica 4

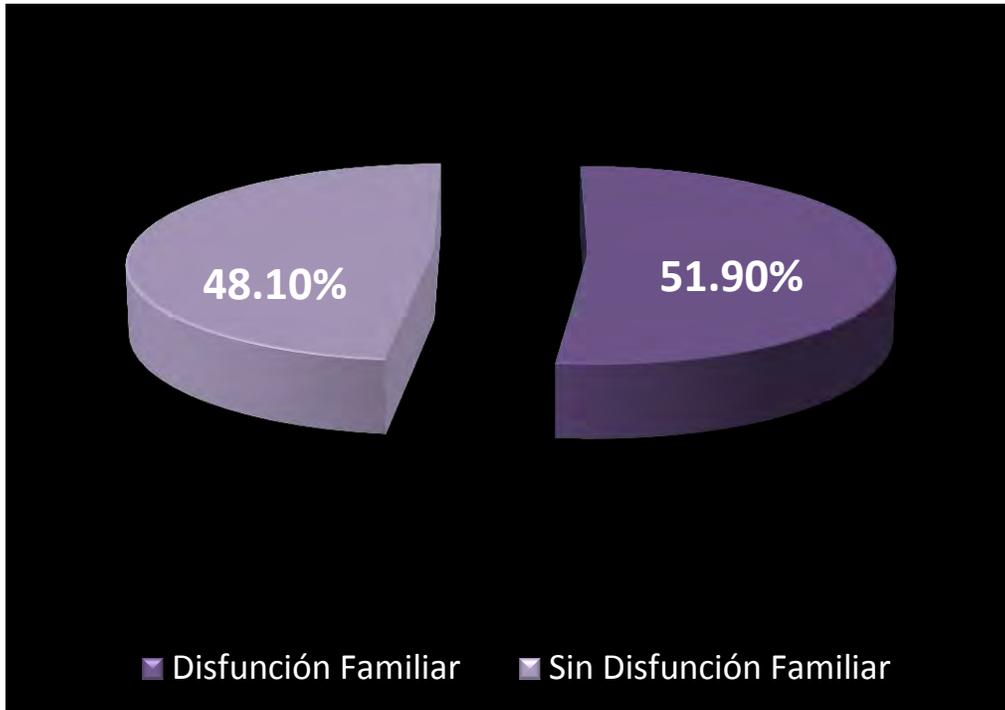
Distribución de los grados de obesidad



La gráfica 3 señala la frecuencia de los grados de obesidad en los adultos obesos de 20-59 años de edad.

Gráfica 4

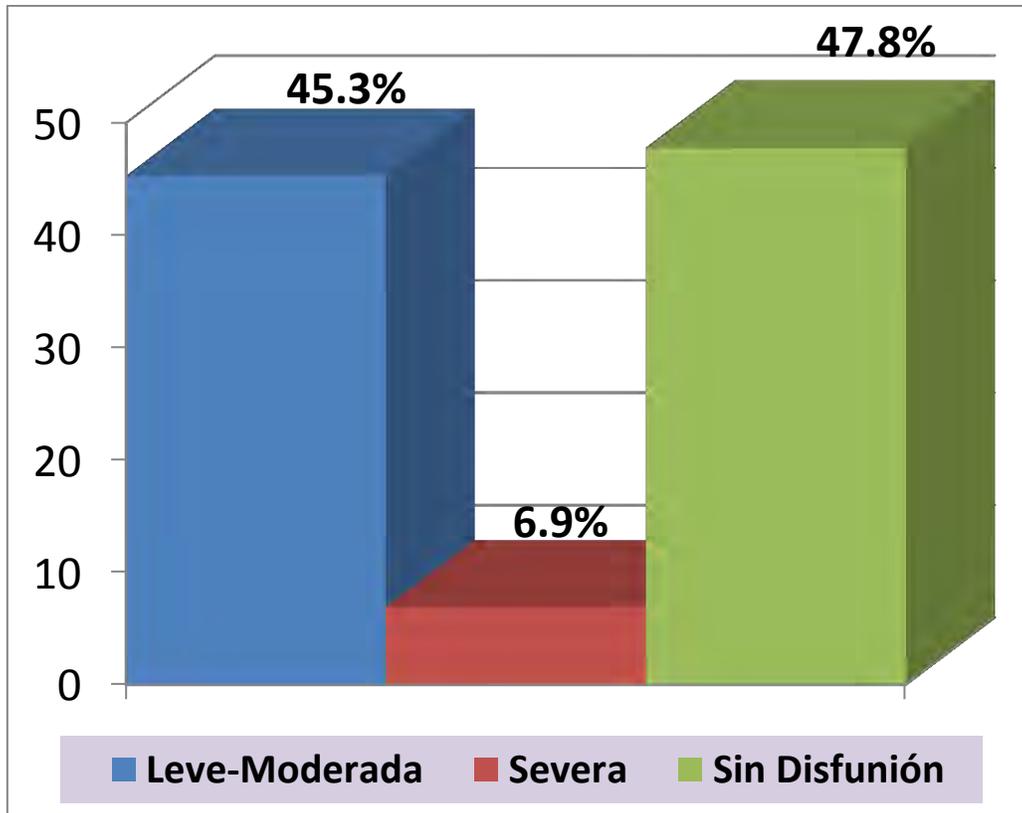
Disfunción familiar en adultos obesos de 20 a 59 años de edad



La gráfica 4 indica la frecuencia de disfunción familiar en los adultos obesos.

Gráfica 5

Grados de disfunción familiar



En la gráfica 5 se observa la frecuencia de los grados de disfunción familiar en los adultos obesos de 20 a 59 años de edad.

Tabla 3

Disfunción Familiar por género

DISFUNCIÓN FAMILIAR	GÉNERO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
SI	121	68	189
	64%	36%	100%
NO	135	40	175
	77.1%	22.9%	100%
TOTAL	256	108	364

La tabla 3 muestra la frecuencia de disfunción familiar por género en los adultos obesos.

Tabla 4

Disfunción familiar por grupos de edad

Disfunción Familiar	Grupos de Edad				Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	
<b>SI</b>	34 18%	47 24.9%	36 19%	72 38.1%	189
<b>NO</b>	30 17.1%	60 34.3%	43 24.6%	42 24%	175
<b>TOTAL</b>	64 17.6%	107 29.4%	79 21.7%	114 31.3%	364

La tabla 4 indica la frecuencia de disfunción familiar por grupos de edad en los adultos obesos.

Tabla 5

Grados de disfunción familiar por grupos de edad

Disfunción Familiar	Grupos de Edad				Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	
<b>Leve-moderada</b>	30 18.2%	39 23.6%	33 20%	63 <b>38.2%</b>	165
<b>Severa</b>	4 16.7%	8 33.3%	3 12.5%	9 <b>37.5%</b>	24
<b>TOTAL</b>	34	47	37	72	189

La tabla 5 señala la frecuencia de los grados de disfunción familiar por grupos de edad en los adultos obesos de 20 a 59 años de edad. Es importante señalar que en esta tabla no se muestran los datos de los 175 obesos sin disfunción familiar que complementarían los 364 pacientes.

## Discusión

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, que por su magnitud, la rapidez de su incremento, el efecto negativo sobre las funciones familiares y la salud de las personas que la padecen, la Organización Mundial de la Salud la denomina como la epidemia mundial. México y el estado de Campeche no son la excepción, ya que en este último, la obesidad ocupa el tercer lugar a nivel nacional. En los pacientes adultos obesos de nuestro estudio predominó el género femenino (70.3%) y el grado de obesidad I y II, los cuales son similares a los encontrados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 en donde reportan que la prevalencia de la obesidad en las mujeres es más alta (35.5%) que en los hombres.

En relación a la función familiar encontramos que los adultos obesos presentan disfunción familiar en el 51.9%, con predominio en las mujeres (64%); y la disfunción familiar leve a moderada es la más frecuente (45.3%), a diferencia a lo reportado por la Dra. Rosmery en su estudio realizado en Cochabamba en donde el 80% de los obesos tenían norma funcionalidad familiar y el 20 % disfunción familiar. Es importante señalar que este estudio se realizó en 50 pacientes, en comparación con el nuestro que se llevó a cabo en 364 adultos obesos; en ambos estudios la funcionalidad familiar fue evaluada con el APGAR familiar.

Aunque la disfunción familiar encontrada en esta investigación es leve a moderada, debe tomarse en cuenta en los adultos obesos, dado que la familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de un sistema en donde existe interacción entre factores y componentes, por lo que las acciones deberán estar dirigidas a todos los miembros de la familia.

En nuestro estudio a pesar de que el problema de la obesidad es importante, los aspectos alentadores son que predomina la obesidad grado I y II con respecto al grado III, ya que estas primeras son de más fácil control con cambios en el estilo

de vida y hábitos alimenticios. También cabe mencionar que el grupo de edad más afectado tanto en obesidad como en disfunción familiar es el de 50 a 59 años, por lo que es de interés darles mayor énfasis al control de de los pacientes en este grupo etario.

Así mismo, el hecho de encontrar en las mujeres mayor disfunción familiar y obesidad, probablemente pueda deberse a que las mujeres por lo general son más consultantes que los hombres, por lo que no debemos dejar de lado a estos últimos, sino también incluirlos en los programas de autoayuda y sensibilizarlos para acudir a la consulta de medicina familiar.

## Conclusiones

La funcionalidad familiar en los pacientes adultos obesos fue del 48.1% y la disfunción familiar de 51.9% con predominio de la disfunción familiar leve a moderada en un 45.3%. La disfunción familiar se presenta con mayor frecuencia en el género femenino (64%) y en el grupo etario de 50-59 años en un 38.1%.

El grado de obesidad más frecuente fue el grado I en 51.4% y solo el 8.8% de los adultos obesos presentaron obesidad grado III.

Por lo anterior, debemos enfocarnos en evaluar a las pacientes que acuden a solicitar consulta en este grupo de edad para poderles ofrecer una mayor capacitación en cuanto a sus hábitos alimenticios y su estilo de vida, ya que por lo general estas pacientes en edad madura se encuentran muy probablemente en un periodo de climaterio o menopausia que es un factor de riesgo tanto en obesidad como en la disfunción familiar.

Por otro lado, sería importante ahondar en este tema y proyectar nuevos estudios donde se evaluaran a las pacientes obesas y relacionando factores de riesgo para obesidad y disfunción familiar e incluso utilizando otras variables como el nivel socioeconómico, el grado de estudios, el medio ambiente, entre otras variantes socio demográficas. También es de interés mencionar que en esta ocasión se utilizó el cuestionario del APGAR para evaluar la funcionalidad familiar, y en estudios posteriores sería importante recurrir a cuestionarios con mayor solidez científica como son el FACES III y IV, e inclusive evaluar los subsistemas aplicando cuestionarios a por lo menos dos miembros de la familia.

No hay que olvidar que la labor primordial como médicos de familia es la prevención, por tanto debemos ocuparnos de fomentar en nuestros pacientes el cuidado de su alimentación, así como, de su actividad física y su integridad emocional; además fortalecer las relaciones familiares ya que el buen

funcionamiento de la familia es el pilar fundamental para evitar muchas patologías.

## Bibliografía

1. Reyes Silvia. La Obesidad como Factor de Riesgo Aterogenico. Consideraciones generales sobre Obesidad.- 2005.- pps.- 1-8.
2. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobre peso y Obesidad y el Establecimiento de criterios de intervención terapéutica.- Medicina Clínica Vol. 115 No. 15 año 2000.- pps.- 587-597.
3. Pedraza Avilés Alberto González. Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una Clínica de Medicina Familiar. Endocrinología y Nutrición Vol. 16, No.4 , 2008. pps.- 144-152.
4. García García Eduardo.¿Cómo se diagnostica la obesidad y quién debe hacerlo? Endocrinología y Nutrtición, Vol. 12 No. 4 Supl. 3.- 2004. Pps.- S91-S95.
5. Llamas Olazaran José. Obesidad y Sobrepeso. Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales, A.C (ANTAD).- Mayo 2008.- pps.- 1-28.
6. Fernández L. y Cols. Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anésteicas. Nutrición Hospitalaria Centyral de Asturias.- 2004.- pps.- 34-44.
7. Dr. Padilla Gámez Jesús Ángel.- Médico Familiar Salud Pública, Nutrición Clínica del Colegio de Nutrición Clínica Obesidad de Coahuila A.C. Prevención y Diagnóstico de sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes del primer nivel.- Catálogo de Guía Practica Clínica SSA-025-08.- 2008.- pps-.1-27.

8. Pizarro García Raul Atención Primaria. Manual Práctico de Obesidad.- 2009.- pps.,-.1-36.
9. México El Sobrepeso y la Obesidad. Una Mirada a la Salud de México.- . 2010.- pps.- 1-11.
10. Gutiérrez Fisac Juan L, La Obesidad una Epidemia en curso.- Published in Med Clin (Barc),1998:111 456-8 Vol 111 Num. 12.- PPS.- 1-4.
11. Del Álamo Alonso Alberto J. y Cols. Obesidad. Guías Clínicas.- 2006.- pps.- 1-5.
12. Aguilar Paula , Castellanos Cautiño Javier.- Trabajadora Social del DIF Municipal.- Disfuncion Familiar.- 12/03/2009.- pps.- 1-6.
13. Castellanos Cautiño Javier. Para el Manejo Integral de la Obesidad. Diario Oficial de la Federación.- 2000.- pps.- 1-12.
14. Dr. Paredes Sierra Raymundo.- Sobrepeso y Obesidad en el Niño y el Adolescente.- Encuesta de Salud y Nutrición 2006.- Agosto / 2007.- pps.- 1-6.
15. Acosta Díaz Félix y Cols.- Informe de evolución Histórica de la situación Nutricional de la población y los programas de alimentación nutricional y abasto en México.- 2009.- 22/116- 26/116.
16. Coordinación de Informática Médica.- Delegación Campeche, Campeche.- 2010.- pps.- 1.
17. Barbany Cahiz Monserrat y Cols.- Secretaria de la Salud SEEDO, Obesidad, Concepto, Clasificación, y diagnóstico.- pps.- 1-15.- E-mail:22108mbc@comb.es

18. Dra. Segovia Isabel.- Instrumento de Salud Familiar.- APGAR.- pps.- 1-2.
19. Suarez Cuba Miguel Angel. El Médico Familiar y la Atención a la Familia. Paceaña Med. Fam.- 2006.- pps.- 95-100.
20. Vazquez y Cols Cuáles son los problemas psicologicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. Endocrinología y Nutrición. Vol. 12 No. 4 sup. 3.- 2004.- pps.- 133-142.
21. Villaseñor Ballardo Sergio. Salud Mental y Obesidad. medigraphic Artemisa en línea.- 2006.- pps.- 86-90.
22. Hernández Bello Evelyn Vivencia de la Sexualidad en la mujer con Obesidad. Tesis.- 2005.- pps.- 1-48
23. Silvestri, Eliana.- Lic. En Nutrición.- Aspectos Psicológicos de la Obesidad Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque in terdisciplinario. Postgraduado en Obesidad a Distancia Universidad Favaloro.- 2005.- pps.- 1-37.
24. Zukerfeld y Cols. Psicoterapia Psicoanalíticas y Obesidad . Actualizada en psicología No. 300 2002.- pps.-. 22-24.
25. Dr. Membrillo Luna Apolinar / Dr.-. Rodríguez López José Luis.- Definición y Conceptos de Familia, Composición Familiar, Funciones de la Familia.- 2008.- pps.- 37-85.
26. Montero Julio César. "Obesidad: Una Visión Antropológica". Universidad de Buenos Aires Facultad de Medicina.- Departamento de Humanidades Médicas Instituto y Catedra de Historia de la Medicina.- 2001.- pps.- 1-26.

27. Jimenez Rodolfo y Cols. La percepción de la función familiar y el desarrollo psicosexual en el adolescente obeso. *Investigación Clínica* 44(4).- 1992.pps.- 525-30.
28. Villarreal Zenteno Carmen Rosmery. Repercusión de la Depresión en la Funcionalidad Familiar de pacientes con sobrepeso y Obesidad Caja Nacional de Salud. . *Médica de la Sociedad Cochabambina de Medicina Familiar* .- 2007.pps.- 27-33.
29. Lorence Lara Bárbara Perfil psicológico de la Obesidad Mórbida. *Apuntes de Psicología*.- Universidad de Sevilla Volumen 26 Número 1.- 2007.- pps.- 51-68.
30. Nancy López Olmedo Maestra en Ciencias de la Salud.- Área de Concentración en Nutrición.- 2010,. Pps.-1-7.
31. Myriam Patricia Pardo - Torres, Nicolás Núñez - Gómez.- *Estilo de la Vida en la* – ISSN 1657 – 5997.- Año 8.- Vol. 8 No. 2.- Chía, Colombia.- Octubre 2008.- pps.- 266 - 284.
32. Cabello Garza Martha Leticia y Reyes Daniel del Jesús.- Percepción de las Madres de Niños con Obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos.- *Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL San Nicolás, Nuevo León, México*.- *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*.- Revista Vol. 12 No. 1.- Enero- Marzo 2011.- pps.- 1-16.
33. Forero Ariza Laura y Cols. Consistencia Internay Analisis de Factores de la Escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Colombiana de Psiquiatría, Asociación Colombiana de Psiquiatría* Año.- Vol. XXXV.- 2006.- pps.- 23-29.

34. Gómez Clavelina y Cols. Una nueva propuesta para interpretación de Familia APGAR. Atención Familiar .- 2010.- pps.- . 102-106.
35. Bellón y Cols.- Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar APGAR.- Familiar. Atención Primaria.- 1996.- pps.- 289 - 296.
36. Helsinki. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.- 2008.- pps.- 1-5.
37. Klimousky Ezequiel y Cols. Declaración de Helsinki sus virtudes en los últimos 5 años. Medicina (Buenos Aires).- 2002.- pps.- 365-370.

# Anexo 1

## Carta de consentimiento informado para participación en proyectos de investigación clínica

No. de Registro. \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

**Titulado: FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS OBESOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 DE CHAMPOTÓN, CAMPECHE.**

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de disfunción familiar en pacientes adultos obesos, en la UMF No. 2, de Champotón.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el test de APGAR que identifica si existe disfunción familiar. Este inventario consta de 5 reactivos y se mide en una escala de 0 A 6.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador principal me a dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador principal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

## Anexo 2

### Hoja de recolección de datos

No.- Folio. \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente.- \_\_\_\_\_

Número de Afiliación. \_\_\_\_\_

Consultorio. \_\_\_\_\_ 

Turno. \_\_\_\_\_ 

Edad. \_\_\_\_\_

Género. \_\_\_\_\_



#### DATOS DE INVESTIGACIÓN.

PESO. \_\_\_\_\_

Talla. \_\_\_\_\_ 

IMC. \_\_\_\_\_ 

Disfunción Familiar. \_\_\_\_\_ 

Puntaje. \_\_\_\_\_

**Anexo 3**  
**Cuestionario APGAR**

No. de Folio. \_\_\_\_\_

Nombre del  
Paciente. \_\_\_\_\_

No. de  
Afiliación. \_\_\_\_\_

Género. \_\_\_\_\_

	Nunca	Algunas veces	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

Cada pregunta tiene un puntaje de 0 a 2. 0: "nunca" 1: "a veces" 2:"siempre". Si es igual o superior a 7 se considera una familia normofuncionante, entre 4 y 6 disfunción familiar leve y si es igual o inferior a 3 se clasifica como disfunción familiar grave.

## **Anexo 4**

### **Descripción del instrumento APGAR**

Se han descrito varios métodos e instrumentos para la evaluación familiar, además de una propuesta para su selección.

Es esencial considerar aspectos psicométricos de los instrumentos, estos aspectos permitirán la toma de decisiones para su uso y aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación. En el Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Postgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, se desarrollo una propuesta metodológica para el análisis de Instrumentos de medición en socio medicina.

El uso del APGAR familiar se remota a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este Instrumento.

La Escala de calificación de APGAR familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades. La funcionalidad y la disfunción familiar.

Para analizar la validez y confiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar se realizó estudio Bellón y colaboradores basándose en un diseño descriptivo y transversal, se entrevisto a 656 personas mayores de 14 años de edad, de un universo de 2622, todos ellos usuarios de los servicios de centro de salud Zaidin-Sur de Granada. La selección de los pacientes fue por muestreo probabilístico aleatorio utilizando una potencia de 86.35% para detectar una diferencia del 10% con un error alfa de 5%. Para establecer el grado de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó en dos ocasiones, a 60 de las personas seleccionadas con una diferencia de tiempo promedio de seis días. Los coeficientes de correlación intraclase de los cinco reactivos del APGAR familiar fueron superiores a 0.55. la prueba estadística alfa de Crombach fue de 0.84. El 16% de la muestra obtuvo un APGAR-familiar disfuncional y la puntuación media fue de 8.4. Se concluye que el APGAR-familiar es un instrumento útil para

conocer la situación familiar y su 'posible 'papel en el origen de los conflictos. Por su brevedad, es de gran utilidad. Los autores consideran que este instrumento es válido y confiable. (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1996).

Debido a que éste se ha empleado en el ámbito de la medicina familiar y a que le análisis del diseño, objetivos y confiabilidad y validez no son consistentes, es indispensable esclarecer la congruencia de todos estos elementos, y contribuir a tener un instrumento confiable y con la validez suficiente para que el profesional de salud lo pueda utilizar y valorar tanto en el trabajo clínico como en la investigación.

Con el propósito de probar una nueva escala de calificación para el APGAR familiar, se efectuó un trabajo de investigación en una población abierta de pacientes adscritos a la consulta médica familiar de un centro de salud en el Sur de México. Se aplicó el APGAR familiar en la versión española a 1,321 personas entre 15 y 96 años de edad que acudieron al Centro de Salud, 289 (21.9) casos fueron varones, en tanto 1,032 (78.1%) lo contestaron mujeres. La mayor parte de las familias (60.8%) fue nuclear.

Se establecieron los puntajes de calificación APGAR con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción familiar y 7-10 como alta satisfacción familiar de la función familiar. Esta escala de 'puntajes se mantuvo siguiendo la propuesta original de Smilkstein.

La correlación promedio inter-variables fue de 0.41 y la covarianza promedio intervariables fue de 0.159, ambos valores se consideran adecuados ya que la exploración de la satisfacción familiar se identifica con los cinco reactivos que forman el instrumento y denotan cierto grado de independencia entre los reactivos del constructo. el APGAR familiar mostraron diferencias altamente significativas

( $p < 0.001$ ) entre las mediciones de la población, indicando diferencias importantes en las respuestas de las cinco variables entre los individuos encuestados de las tres categorías o niveles de la escala propuesta. La consistencia interna del instrumento fue buena, con un alfa de Crombach de 0.770.

Los resultados indican que la variable más importante de las cinco evaluadas fue “¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?” en la que el alfa disminuiría a 0.711; las cuatro variables restantes oscilaron entre 0.714 y 0.752 si fueran excluidas del modelo de análisis.

Para evaluar la validez de constructo, a priori se estableció que para que el modelo fuera bueno en términos de análisis estadístico, únicamente debía tener un solo factor o componente principal, en el cuál cargaran o correlacionaran las cinco variables del instrumento y explicará un mínimo de 50% de varianza.

Para lograr este propósito se eligió la estrategia de análisis factorial con solución de componentes principales. Los resultados del análisis mostraron que se obtuvo un componente principal de la hipótesis estadística. Esto confirma que las cinco variables del instrumento familiar mediante la exploración de su satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares.

En este estudio se probó una nueva escala de calificación del APGAR familiar, en un esfuerzo por hacer congruentes el constructo, el formato y significado de los reactivos y la escala de evaluación final. De esta manera se identificó que el constructo inicial, manifestado por el autor de este instrumento fue la satisfacción que percibe un individuo en relación con el cumplimiento de las funciones de su familia; los reactivos manifiestan esta percepción (satisfacción) y la escala de calificación señala el grado de satisfacción que se percibe. Los niveles de confiabilidad del instrumento en esta encuesta son semejantes a los obtenidos en otros reportes y la validez de constructo se consideró satisfactoria. (Gómez Clavelina, 2010).

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar.- adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad, sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuáles la salud funcional de la familia pudiera ser medida se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar.

1.- ADAPTABILIDAD, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado.

2.- PARTICIPACIÓN.- mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

3.- GRADIENTE DE CRECIMIENTO.-, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

4.- AFECTO.- mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

5.- RESOLUCIÓN.- mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el

ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.