



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

**“Calidad de vida en pacientes con sobrepeso
en una Unidad de Medicina Familiar”**

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DR. SERGIO VELÁZQUEZ REBOLLO

ASESOR:

**DRA. CLAUDIA YESSICA TORRES TORRES
URGENCIÓLOGA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28.
“GABRIEL MANCERA” IMSS.**

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“Calidad de vida en pacientes con sobrepeso en
una Unidad de Medicina Familiar”**

DR. GERARDO VELÁZQUEZ ESPEJEL.
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS.

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN
SALUD Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL
MANCERA”. IMSS.

DRA. CLAUDIA YESSICA TORRES TORRES
URGENCIÓLOGA ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 28. “GABRIEL MANCERA” IMSS.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios:

Por darme la fuerza, la vida, el ánimo y la sabiduría de llegar a lograr mis metas.

A mi Madre:

Gracias por darme tu vida, tu amor, tu cariño, tu apoyo y tu ejemplo.

A mi Hermana Pili:

Gracias a ti, soy lo que soy.

A mi Hermana Edi:

Gracias por tu ejemplo de vivir, tu alegría y tu forma en desafiar a la vida.

A mis niños, Andrea y Eduardo:

Gracias por llenarme día a día con su inocencia y amor.

A ti, Oscar:

Gracias por haber caminado siempre juntos.

Y A MIS PROFESORES Y AMIGOS QUE CONTRIBUYERON A LOGRAR MIS SUEÑOS.

INDICE

PRESENTACIÒN DE TESIS.....	I
HOJA DE FORMAS.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
INDICE.....	IV
RESUMEN.....	V
MARCO TEÒRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÒN.....	7
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO.....	8
HIPOTESIS.....	9
MATERIAL Y MÈTODOS.....	10
SELECCIÒN DE LA MUESTRA.....	12
DEFINICIÒN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	14
DISEÑO ESTADÌSTICO.....	15
CONSIDERACIONES ÈTICAS.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÒN.....	18
CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS.....	20
ANEXOS.....	21

RESÚMEN

La familia es un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos de afinidad ó matrimonio que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud de individual y colectiva. Hoy en día el sobrepeso es un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedad coronaria, etc. La prevalencia de esta enfermedad en nuestro país es de 60.7% en hombres y 56.3% en mujeres. Por ello el interés de realizar este protocolo, para conocer si la calidad de vida afecta de manera directa a pacientes con sobrepeso.

Material y Métodos: El presente es un estudio transversal, prospectivo, en el que se estudiarán a pacientes de forma aleatoria mayores de 18 años con un Índice de Masa Corporal entre 25 a 29.9 Kg./m², en los que se les aplicará la prueba de APGAR para conocer su calidad de vida. Este instrumento consta de 5 preguntas, cada una de ellas tiene 3 contestaciones de las cuales a cada una se de la una puntuación de 2,1 ó 0 según sea el caso. Se utilizarán las siguientes variables a estudiar: edad, sexo, estatura, peso, IMC (índice de masa corporal), escolaridad, estado civil, ocupación, rol en la familia y el resultado del instrumento de APGAR familiar. Se utilizarán las instalaciones físicas de la Unidad de Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera" del IMSS.

Resultados: Se estudiaron a 159 pacientes de los cuales, 87 pacientes (54.7%) fueron del sexo femenino y 72 pacientes (45.3%) del sexo masculino. Las edades promedio que se encontraron fueron las siguientes: de 18 a 25 años 17 pacientes (10.7%), de 26 a 40 años 58 pacientes (36.47%), de 41 a 55 años 41 pacientes (25.78%) y más de 56 años hubo 43 pacientes (27%). La escolaridad que se encontró en los 159 pacientes fue que el 28.9% (46 pacientes) tiene los estudios de primaria, el 25.1% (40 pacientes) concluyeron la preparatoria, el 18.8% (30 pacientes) tienen una licenciatura, el 18.2% (29 pacientes) concluyeron la secundaria, el 6.9% (11 pacientes) tienen estudios de postgrado y solo el 1.8% (3 pacientes) son analfabetas. La calidad de vida fue valorada mediante el instrumento de evaluación familiar APGAR, y la prueba arrojó datos en los cuales, de 159 pacientes que participaron en el estudio, el 52.8% (84 pacientes) presentaron una **Familia Moderadamente Funcional**, el 29.5% (47 pacientes) una **Familia Funcional** y el 17.6% (28 pacientes) una **Familia Fuertemente Disfuncional**.

Conclusiones: Los pacientes con sobrepeso en una Unidad de Medicina Familiar presentaron un grado importante de alteración en su calidad de vida, viéndose alterada la afectividad, desarrollo y comunicación en el seno intrafamiliar, por lo que el médico de primer contacto debe de investigar de forma muy minuciosa la dinámica familiar de estos pacientes y al encontrar alguna alteración dentro de ella ofrecer alternativas de tratamiento integral para preparar a estos a ofrecer una ayuda integral a su miembro afectado para que no provoque una crisis mayor en el interior de su familia, y al estar con un funcionamiento familiar adecuado evitar el desarrollo de enfermedades crónicas en su paciente con sobrepeso y en la familia misma. No existe en la literatura algún estudio que este relacionado con el presente.

Palabras claves: *Calidad de vida, sobrepeso, familia.*

Registro:

2005-3607-0010

(IMSS)

MARCO TEÓRICO

La familia es una institución tan antigua como la misma especie humana. Es un grupo social caracterizado por una residencia común, cooperación económica y reproducción. Es la misma en todas partes del mundo, su constante transformación a través del tiempo es resultado de su incesante proceso de evolución ya que se amolda a las condiciones de vida de un lugar y tiempo dados. Es flexible, ya que se adapta a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde afuera. Es la unidad básica de la enfermedad y la salud en un individuo. Fundamentalmente hace 2 cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre a nivel social. (1) (2)

La palabra FAMILIA, deriva de la raíz latina *famulus* que significa "siervo". En la era del nomadismo el término de "familia" se designaba a todo grupo de personas que se desplazan juntas de un lugar a otro y en Roma el término "familia" se le daba al conjunto formado por esposos, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater (padre) quien poseía la patria potestad y ejerció el derecho sobre la vida y muerte de todos ellos. (3) Para la OMS (Organización Mundial de la Salud), la familia son los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (3). Así varias sociedades, autores, comisiones han dado su definición de familia que mejor se acople a sus intereses y valores, pero quizás la definición que más se acerca a la sociedad mexicana es la que emite el Consejo Mexicano de Medicina Familiar, la cual dice textualmente así: Es un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva. (3)

Para que una familia pueda desarrollarse integralmente para el beneficio de sus descendientes y pueda brindar mejores individuos a la sociedad debe de cumplir con ciertas funciones básicas, que Ackerman menciona a continuación:

1. Proveer de abrigo físico y satisfacción de necesidades vitales.
2. Brindar un espacio para la creatividad y el desarrollo personal.
3. Ejercitar en los roles sociales y sexuales a cada individuo integrante de la familia.
4. Ser matriz de lazos afectivos.
5. Favorecer la independencia y la diferenciación entre sus miembros, ligado a un sentimiento de pertenencia. (4)

Al conocer la definición, la clasificación, las etapas críticas y el ciclo vital de la familia podemos ahora hacer una pregunta.... ¿la familia es generadora de enfermedad? Contestaríamos que sí, por que depende de su buen o mal funcionamiento para determinar si hay salud o hay enfermedad, actualmente la protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive. El criterio de prevención de las enfermedades y sus secuelas debe privar sobre la curación y que consecuentemente la asistencia médica debe realizarse primordialmente en los lugares de residencia de los individuos.

La unidad mínima de estudio para el médico debe ser la familia, la cual es un complejo sistema, es fuente de salud y enfermedad para sus integrantes y que debe de ser una homeostasis para determinar dicho proceso. Por ejemplo al haber alteraciones en la economía familiar o el cuidado de los hijos se alteran a causa de una enfermedad del padre o de la madre, alteran de alguna forma la armonía familiar, otros como la depresión , el alcoholismo, la drogadicción no solo afectan al integrante si no también a su familia. (6) (7)

Es por eso que al hablar de funcionalidad o disfuncionalidad familiar es entrar en un mundo muy vasto de información dentro de la familia, es como sacar una fotografía de cómo se mueven los roles dentro de la familia, y si estos se cumplen y si existiera alguna crisis que originara una gran disfuncionalidad familiar serían tan capaces de provocar alguna enfermedad en algún miembro de la familia.

Una familia normo funcional es cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas (cuidado, afecto, socialización, reproducción, estatus social) de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Cuando una familia no puede ofrecer sus funciones, se le denomina con el término de familia disfuncional. (8)

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital, por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, si no por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. (8)

La familia patológica, es aquella que ante situaciones que generan estrés, responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites. Es muy notoria su resistencia al cambio. Actualmente la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es del 77 %. (8)

En la actualidad existen un gran número de pruebas validadas y estudiadas en población abierta que han demostrado la presencia de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Para evaluar la funcionalidad familiar hay que tomar en cuenta que la familia es un sistema y que sus integrantes son parte del mismo.

Para la evaluación de la familia se crearon instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigación que la respalden. De ellos deben de cumplir para su uso los siguientes criterios de selección:

1. El objetivo del instrumento de evaluación deberá permitir obtener una muestra de las dimensiones conductuales que reflejen la conceptualización de su autor y de las principales características de las familias como un todo.
2. Disponibilidad de publicaciones que permitan identificar información de su diseño y propiedades psicométricas (validez de contenido y análisis de confiabilidad).
3. El instrumento deberá ser de auto aplicación.
4. De preferencia deberá ser breve.
5. Evaluar el tipo de población o muestras en las que ha sido aplicado.
6. El modelo teórico que lo fundamente no deberá ser complejo. (10)

De estos criterios surgen varios instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar. Entre ellos los más importantes son: El Family Assessment Device (FAD), Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES 9, APGAR familiar, y en México se utiliza en instrumento de Emma Espejel). (10)

En este estudio se utilizara para evaluar la funcionalidad familiar el instrumento, ya validado, llamado APGAR. Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar, Smilk Stein, que en 1978 publico el FAPGAR para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. (10)

Se elaboro con base en 5 elementos esenciales:

1. Adaptabilidad
2. Compañerismo
3. Desarrollo
4. Afectividad
5. Resolución de problemas

Consta este instrumento de reactivos, uno para cada elemento, su escala de calificación incluye 3 categorías de respuestas:

1. casi siempre
2. algunas veces
3. casi nunca

Con un puntaje de 0 a 2, según corresponda a la respuesta del entrevistado. Dice el autor que un puntaje de 7 a 10 sugiere una familia altamente funcional, de 4 a 6 es moderadamente funcional y de 3 a 0 es una familia fuertemente disfuncional. No tiene una edad mínima para contestarlo, tiene

una confiabilidad demostrada mediante tests-retest, es limitada su información que puede proporcionar. Tiene valor al identificar de forma inicial a familias que tienen algún nivel de disfuncionalidad familiar. (10)

Componente	Definición
Adaptation Adaptación	Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un período de crisis.
Partnership Participación- poder	Es la participación en la toma de decisiones y responsabilidades; define el grado de poder de los miembros de la familia
Growth Crecimiento	Se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo
Affection Afecto	Es la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.
Resolve Recursos	Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

¿Pero en que pacientes se utilizara esta prueba para valorar su funcionalidad familiar?

En el presente estudio se pretende valorar la funcionalidad familiar en pacientes con sobrepeso y sobre este tema hablaremos a continuación.

La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas en los adultos.(12)

Según la encuesta nacional de enfermedades crónicas dice que la prevalencia de sobrepeso en adultos (IMC >25-29.9 Kg/m²) y de obesidad (IMC >30 Kg/m²) es de 60.7% y 25.1% en hombres y 56.3% y 14.9% en mujeres respectivamente. (12)

La obesidad se define como un estado de exceso de masa de tejido adiposo. (14).El método más utilizado para calibrar la obesidad es con el Índice de Masa Corporal (IMC), que es igual al peso entre la talla al cuadrado (Peso/Talla²) (expresado en Kg/m²). (14). Los estudios epidemiológicos a gran escala indican que la morbilidad por las causas de tipo metabólico y de tipo cardiovascular comienza a aumentar cuando el IMC llega a la cifra de mas de 25 Kg/m². (14), algunos autores utilizan el término de sobrepeso para referirse a personas con un IMC entre 25 a 30 Kg/m². (14).La grasa intrabdominal y subcutánea abdominal tiene mayor valor y la forma más fácil de distinguirlas es determinando el Índice cintura:cadera que resulta anormal con cifras >0.9 en mujeres y >1.0 en hombres. (14). La obesidad se observa mas frecuente en mujeres y en pobres y va en aumento la incidencia en niños, por las distintas modalidades de nueva comida rápida existente en el mundo. causa aún es desconocida pero se ha relacionado con una causa de multifactorial, quizás por un exceso crónico de consumo de nutrientes en relación con el gasto de energía. (14) (15)

La Organización Mundial de la Salud, en 1998 da una clasificación de obesidad de la siguiente manera: (15)

Categoría	IMC (Kg/m ²)	Circunferencia de la cintura. Hombres < 102 cm. Mujeres > 89 cm.	Circunferencia de cintura. Hombres > 102 cm. Mujeres < 89 cm.
Bajo peso	>18.5	-	-
Normal	18.5-24.9	-	-
Sobrepeso	25.0-29.9	Alto	Alto
Obesidad I	30-34.9	Alto	Muy Alto
Obesidad II	35-39.9	Muy Alto	Muy Alto
Obesidad III	>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Considerado como un factor de riesgo cardiovascular ya que es un componente importante junto con hipertensión arterial, dislipidemia, micro albuminuria y trastornos en la homeostasis de la glucosa conforman el Síndrome metabólico, ya que la obesidad central provoca resistencia a la insulina en la que provoca hiperinsulinemia lo que origina dislipidemia y disfunción endotelial provocando aterosclerosis y complicaciones microvasculares. (16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Se encuentra alterada la calidad de vida en pacientes con sobrepeso?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es realizado por la preocupación del aumento en la actualidad de la incidencia de nuevos casos a nivel mundial de esta grave enfermedad que es la obesidad, ya que es un factor desencadenante muy importante de enfermedades cardiovasculares así como de enfermedades metabólicas como lo es la Diabetes Mellitus . Aunado a esto su tratamiento debe ser manejado de forma integral por un grupo multidisciplinario de especialistas para un mejor control y la familia de estos pacientes juegan un papel muy importante en el cuidado y asistencia, ya que es esta una piedra angular para que el paciente con sobrepeso tenga un mejor aprovechamiento en su tratamiento y rehabilitación.

La familia es generadora de salud y enfermedad y más aun si esta no cumple con sus funciones básicas como es la de brindar cuidado, afecto y apoyo a un integrante enfermo. Si esto no ocurre, por lógica algún integrante de la familia desarrollara múltiples patologías tanto físicas como psicológicas que provocaran que no cumpla con un buen tratamiento establecido por un médico.

Si la familia se encuentra funcionando de forma integral, estará preparada para afrontar un problema interno en algún integrante de ella para poder brindar de forma adecuada apoyo necesario para afrontar su patología en cuanto éste lo requiera. Es por ello la importancia de conocer como se encuentran las familias de pacientes con sobrepeso para identificar factores que puedan provocar alteraciones en la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO

Objetivo General

Conocer la calidad de vida en pacientes con sobrepeso de una unidad de medicina familiar.

Objetivo Específico

- Conocer la prevalencia de sobrepeso en pacientes de una Unidad de Medicina familiar.
- Describir las características de las familias de pacientes con sobrepeso.
- Conocer la tipología familiar de pacientes con sobrepeso.

HIPOTÉISIS

- Este estudio es de tipo observacional, por lo que no aplica la elaboración de una hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO.

- Según el número de mediciones de una misma variable ó el período y secuencia del estudio:
 - Transversal
- Según el proceso de causalidad ó el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
 - Prospectivo
- Según la intención comparativa (estadística) de los resultados del grupo ó grupos estudiados:
 - No Comparativa
- Según control de las variables ó el análisis y alcance de los resultados:
 - Descriptivo

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Población: Se estudiarán a pacientes en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México, que presenten un Índice de Masa Corporal de 25 a 29.9 Kg/m², sexo indistinto, con una edad mayor de 18 años y que sean derechohabientes del IMSS.

Lugar: El estudio se realizará en los pasillos y consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No 28, "Gabriel Mancera", ubicada en la avenida Gabriel Mancera No 800 y San Borja, colonia Del Valle, en la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México.

Tiempo: El estudio duró un lapso de 6 meses, en los cuales se integraron el protocolo de estudio y el análisis de los resultados.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizará para la recolección de los datos, hojas blancas impresas con el cuestionario de las variables a estudiar, así como la forma impresa del cuestionario APGAR familiar.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

La recolección de los datos para el presente estudio, los obtuvo el entrevistador (quien se ubico en los pasillos y consultorios de la Unidad de Medicina Familiar) a los pacientes que previamente hallan cumplido con los criterios de inclusión (Índice de masa corporal de 25 a 29.9 Kg/m²), durante un tiempo 6 meses. Se les solicito su consentimiento para la participación del presente estudio, se les aplico una encuesta de 9 preguntas, las cuales contesto el paciente de forma abierta y después se le aplico la prueba de APGAR familiar.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Recursos Humanos: Para éste estudio, se contara con un entrevistador (el tesista), quién deberá de manejar los reactivos de la encuesta con amplio conocimiento del tema.

Materiales: Se utilizo material de papelería como, hojas blancas, lápices, gomas, sacapuntas, clips, bolígrafos, fólder. etc.

Materiales físicos: Se utilizaron las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No 28, "Gabriel Mancera", ubicada en la avenida Gabriel Mancera No 800, San Borja, colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, México. DF. Principalmente en sus pasillos y consultorios, previa autorización por sus autoridades administrativas.

FINANCIAMIENTO:

Fue cubierto en su totalidad por el tesista.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Tipo de Muestreo: Probabilístico (Aleatorio)
Muestreo aleatorio simple.

Formula de la Muestra:
$$N = \frac{[Z \text{ alfa}/2] [p(1-p)]}{d^2}$$
 Para Estudios Transversales

Total: 159 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Pacientes derechohabientes del IMSS en la Unidad de Medicina Familiar No 28
2. Pacientes con un Índice de masa corporal (IMC) de 25 a 29.9 Kg/m²
3. Sexo indistinto.
4. Mayores de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que no pertenezcan a la Unidad de medicina Familiar No 28.
2. Pacientes no derechohabientes del IMSS.
3. Pacientes menores de 18 años.
4. Pacientes con un índice de masa corporal (IMC) < de 24.9 y mayor de 30 Kg/m².

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Ninguno.

**VARIABLES:
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES A
ESTUDIAR.**

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición de la variable</i>	<i>Valores que toma la variable</i>
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión Libre
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Postgrado 6. Analfabeta
Estatura	Cuantitativa	Continua	Números enteros y decimales
Peso	Cuantitativa	Continua	Números enteros y decimales
IMC	Cuantitativa	Continua	Números enteros y decimales
Rol en la familia	Cualitativa	Nominal	1. Padre 2. Madre 3. Hijo 4. Abuelo 5. Otro
Funcionalidad en la Familia	Cualitativa	Nominal	1. Funcional 2. Moderadamente funcional. 3. Disfuncional

Numero de Integrantes de la familia	Cuantitativa	Continua	A) 1. B) 2 C) 3 D) 4 E) +5
---	--------------	----------	--

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

DISEÑO ESTADÍSTICO

Al haber concluido la recolección de los datos se utilizaron varias mediciones probabilísticas de las cuales se aplicaron: moda, mediana y media para resumir los datos, así como mediciones nominales y ordinarias.

Cuál es el propósito estadístico de la investigación?

Conocer

Cuántos grupos se investigara?

1 (uno)

Cuántas mediciones se realizaran en las unidades de muestreo?

1 (uno)

Que tipo de variables serán medidas?

Cuantitativas y Cualitativas

Que escala de medición se utilizara?

Continua, Nominal, etc.

Que tipo de muestra es la que se investigara?

Muestra aleatoria

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se utilizarán los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

Se utilizará el formato de "Consentimiento Informado" para solicitar al paciente su autorización para participar en el presente estudio. Este se presenta en la sección de Anexos.

RESULTADOS

Los resultados para conocer la calidad de vida en pacientes con sobrepeso se obtuvieron de la encuesta que se realizó a 159 pacientes derechohabientes del IMSS, en una Unidad de Medicina Familiar, de los cuales 87 pacientes (54.7%) fueron del sexo femenino y 72 pacientes (45.3%) del sexo masculino. (Gráfica 1)

Las edades promedio que se encontraron fueron las siguientes: de 18 a 25 años 17 pacientes (10.7%), de 26 a 40 años 58 pacientes (36.47%), de 41 a 55 años 41 pacientes (25.78%) y más de 56 años hubo 43 pacientes (27%). (Gráfica 2)

La escolaridad que se encontró en estos pacientes fue que el 28.9% (46 pacientes) tiene los estudios de primaria, el 25.1% (40 pacientes) concluyeron la preparatoria, el 18.8% (30 pacientes) tienen una licenciatura, el 18.2% (29 pacientes) concluyeron la secundaria, el 6.9% (11 pacientes) tienen estudios de postgrado y solo el 1.8% (3 pacientes) son analfabetas. (Gráfica 3)

El estado civil reportado en las encuestas mostró que el 55.3% (88 pacientes) son pacientes casados, el 21.3% (34 pacientes) solteros, el 12.5% (20 pacientes) en unión libre, el 9.4% (15 pacientes) con viudez y el 1.2% (82 pacientes) son divorciados. (Gráfica 4)

Una de las variables más importantes de este estudio era la de conocer que rol dentro de la familia ocupaba cada paciente en estudio y la encuesta mostró que 72 pacientes (45.2%) tenían el rol de madre, 51 pacientes (32%) con el rol de padre y 36 pacientes (22.6%) el rol de hijos. (Gráfica 5)

La calidad de vida fue valorada mediante el instrumento de evaluación familiar APGAR, y la prueba arrojó datos en los cuales, de 159 pacientes que participaron en el estudio, el 52.8% (84 pacientes) presentaron una Familia Moderadamente Funcional, el 29.5% (47 pacientes) una Familia Funcional y el 17.6% (28 pacientes) una Familia Fuertemente Disfuncional. (Gráfica 6)

Otras de las variables en estudio fueron las siguientes:

Nombre de la variable	Promedio
<i>INDICE DE MASA CORPORAL</i>	<i>22.4 Kg/ m2</i>
<i>ESTATURA</i>	<i>1.66 metros</i>
<i>PESO</i>	<i>65.6 Kg</i>

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

DISCUSIÓN

De los 159 pacientes que participaron en este estudio, se observó que la mayor participación fue por parte del sexo femenino (54.7 %) las cuales mostraron un mayor interés por el mejoramiento de la salud individual y de sus familias, estas llevan a sus hogares las enseñanzas y experiencias propias de acudir a una unidad de medicina familiar para la prevención de enfermedades.

La edad de los pacientes oscilo entre los 26 y 40 años de edad (36.4 %), demostrando que la población que se estudio pertenecían al rubro de la población económicamente activa de la región y de estos el 28.9% presentaban una educación básica basada en la primaria, la cual nos orienta al bajo nivel de conocimientos sobre el auto cuidado de salud. El 55.3% de los casos eran casados representando la fuerza básica de la sociedad para afrontar problemas de salud de sus integrantes, y el rol de mayor frecuencia fue el de madre, lo cual demuestra que la madre es la piedra angular para identificar y solucionar problemas que existan en el seno familiar, es la proveedora de afectividad y cuidado y es la que origina mayor participación de los integrantes de su familia cuando alguno de ellos se encuentra cursando con alguna patología, con lo que concuerda con la literatura médica.

El APGAR familiar se aplico a los 159 pacientes de este estudio, los cuales el 52.8% respondió que en sus familias se encontraban con una funcionalidad moderada, de las cuales el 29.5% concordó que sus familias eran fuertemente funcionales, lo cual demuestra que la calidad de vida en pacientes con sobrepeso es moderadamente funcional, habiendo alteraciones en la afectividad, adaptabilidad, compañerismo y desarrollo de los integrantes de la familia. La mayoría respondió que sus familias tenían una alteración en el rubro de afectividad, en la cual no se sentían satisfechos con la forma en como expresaba y respondía ante sentimientos diversos de amor y respeto, y ante alguna crisis paranormativa los miembros de ella la afrontaban de forma diferente originando alteración en la dinámica familiar y por consiguiente ofrecían una mala ayuda a sus integrantes con sobrepeso. La adaptabilidad familiar ante una crisis es vista por el paciente con sobrepeso como una forma de frustración a sus anhelos de controlar este padecimiento ya que se encontraba alterado en este rubro la forma en como se discute y se resuelve un problema en el seno familiar mostrando que la comunicación interior era la principal afectada. Lo cual se veía reflejado en el mal control de estos pacientes ya que se alteraba de forma directa su autoestima y se originaban problemas de ansiedad y depresión por la falta de comunicación con los integrantes de sus propias familias.

Eh aquí quizás un factor por el cual los pacientes con sobrepeso presentan un mal control en su patología, al no haber comunicación intrafamiliar, el paciente se siente desolado, insatisfecho consigo mismo lo que lo lleva a dejar a un lado todas las recomendaciones dadas por su médico de cabecera y ello conlleva a originar patologías anexas que hacen del sobrepeso una enfermedad difícil de manejar. Es difícil comparar estos resultados ya que en la literatura no hay algún estudio previo sobre este tema que respalde ó compare los obtenidos en el presente.

CONCLUSIONES

Los pacientes con sobrepeso en una Unidad de Medicina Familiar presentaron un grado importante de alteración en su calidad de vida, viéndose alterada la afectividad, desarrollo y comunicación en el seno intrafamiliar, lo cual es difícil de afrontar de forma integral por parte de sus integrantes a este problema de salud, en la que se ven imposibilitados para proveer ayuda al miembro afectado. Y por consiguiente el paciente con sobrepeso origina sentimientos de inseguridad, baja autoestima que lo llevan a afrontar este problema de forma insidiosa viéndose reflejado en el poco cuidado que pone hacia su salud lo cual al paso del tiempo puede desarrollar grandes problemas como lo es la obesidad, la diabetes mellitas, la hipertensión arterial, etc.

Por lo que el médico de primer contacto debe de investigar de forma muy minuciosa la dinámica familiar de estos pacientes y al encontrar alguna alteración dentro de ella ofrecer alternativas de tratamiento integral para preparar a estos a ofrecer una ayuda integral a su miembro afectado para que no provoque una crisis mayor en el interior de su familia, y al estar con un funcionamiento familiar adecuado evitar el desarrollo de enfermedades crónicas en su paciente con sobrepeso y en la familia misma.

En la literatura no existe algún estudio relacionado con el presente, lo cual no es posible correlacionar los datos obtenidos en este estudio con algún otro. Existen referencias bibliográficas en las cuales se utilizan instrumentos de evaluación familiar que no evalúan dicha forma de vida y por el contrario no evalúan la calidad de vida.

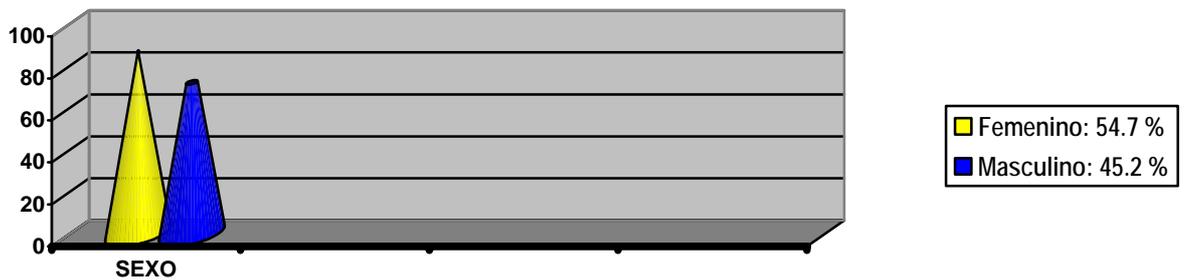
REFERENCIAS

1. Solórzano ML, Brandt TC, Flores OL. Estudio Integral del Ser Humano y su Familia. 2001; 1: 1-8.
2. Engels F. El Origen de la Familia. Manual Moderno. 1980. 10-220.
3. Huerta GJ. Programa de Actualización continúa para el Médico Familiar. 1999; 1:7 .38.
4. Ackerman N. Diagnostico de las Relaciones Familiares. Ed. Horne BS. Argentina. 1987.
5. Irigoyen CA, Fernández OM, Mazón RJ, Reyes TJ. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Med.Fam.Mexicana, 1992.
6. Irigoyen CA, Gómez CF, Hernández RE, Fartan SG. Diagnostico Familiar. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1995.
7. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2002.
8. Huerta MN, Valadez RB, Sánchez EL. Frecuencia de Disfunción Familiar en una clínica de Medicina Familiar del ISSTE en la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar 2001; 3(4): 95-98.
9. De la Revilla L. La Disfunción Familiar. Atención Primaria 1992; 10(2). 82-83.
10. Gómez CF, Irigoyen CA, Ponce ER. Selección de análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de medicina Familiar. 1999; 1(2) 45-57.
11. Smilkestein G. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam. Pract 1978; 6: 1231-1239.
12. Sánchez RL, Berber A, Fanghanel G. Incidencia de Obesidad en una población mexicana. Endocrinología y nutrición. Abril-Junio, 2001. 9(2), 60-66.
13. Haffner SM, Mykkanen LA, González CC, Stern MP. Leptin concentrations do not predict weight gain: the México city Diabetes study. Int. J Obes Relat Metab Disord 1998; 22:695-699.
14. Principios de Medicina Interna. 15 ed. Ed. Mc-Graw-Hill, 2002.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT98.1. Geneva, Switzerland, 1998.
16. Consenso Mexicano Sobre el Tratamiento Integral del Síndrome Metabólico. Rev Mex Cardiol 2002; 13(1): 4-30.

ANEXOS

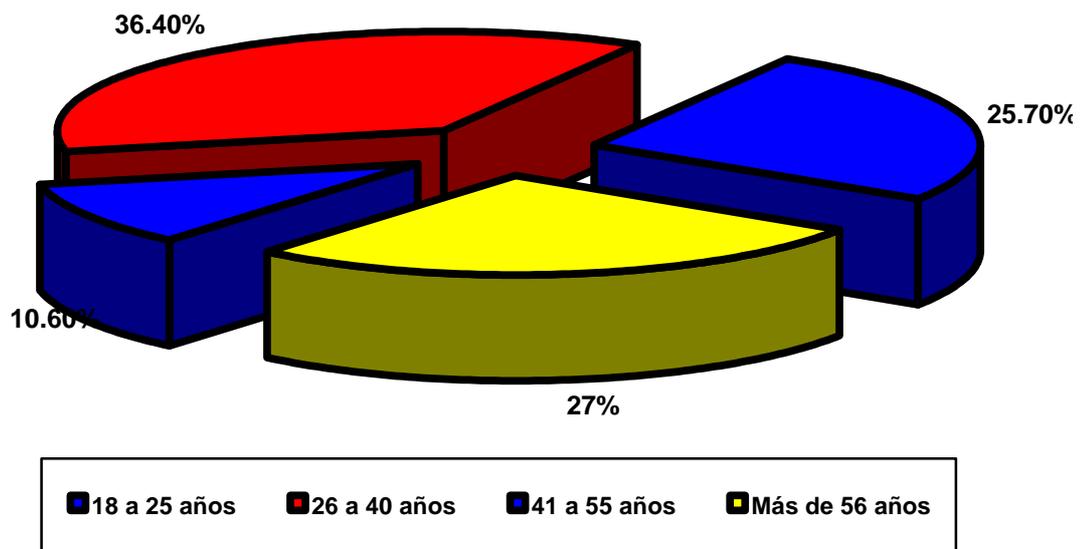
ANEXO 1

Gráfica 1: Muestra el porcentaje de pacientes según el sexo.



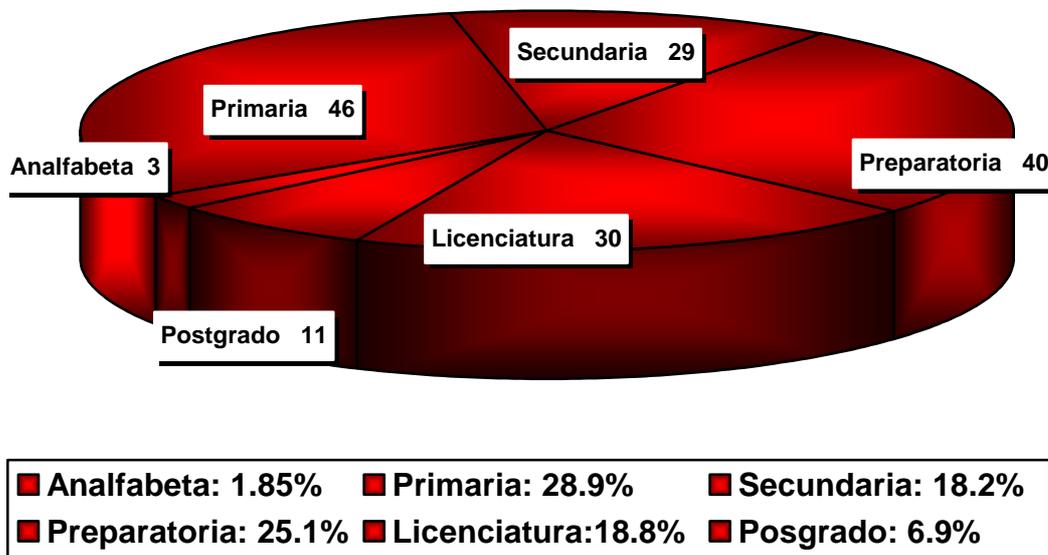
Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

Gráfica 2: Muestra la distribución de edades de la población en estudio.



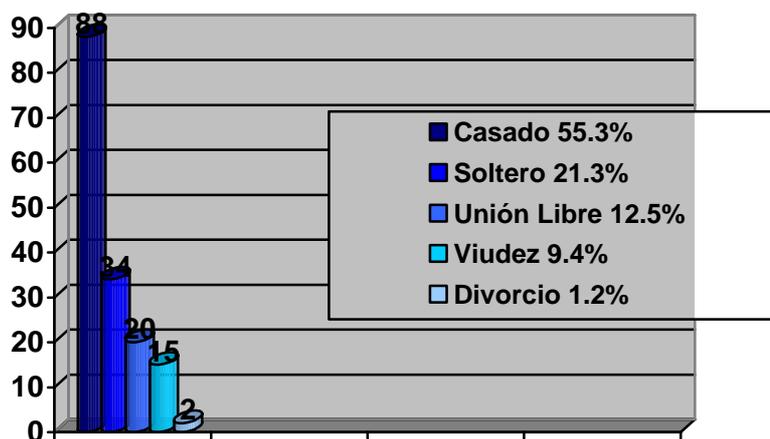
Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

Grafica 3: Distribución de escolaridad en pacientes con sobrepeso.



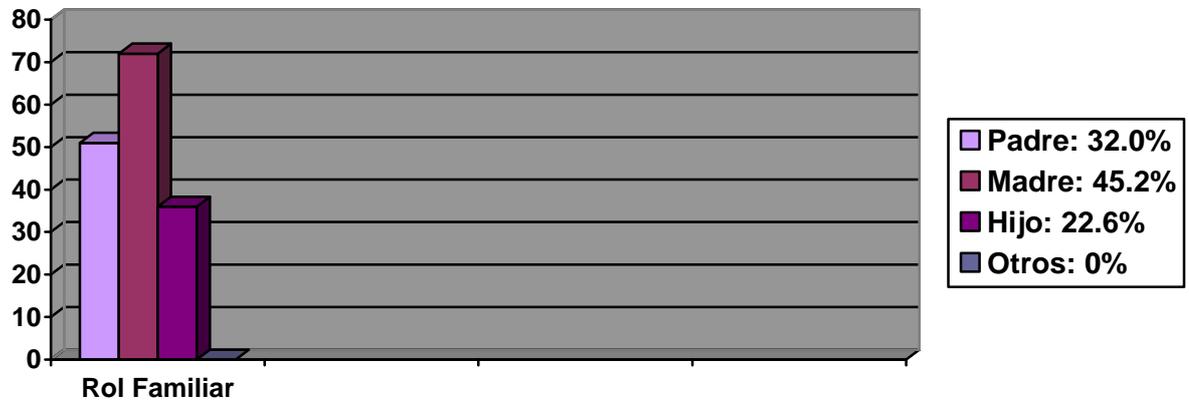
Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

Gráfica 4: Porcentaje de Estado civil de la población en estudio.



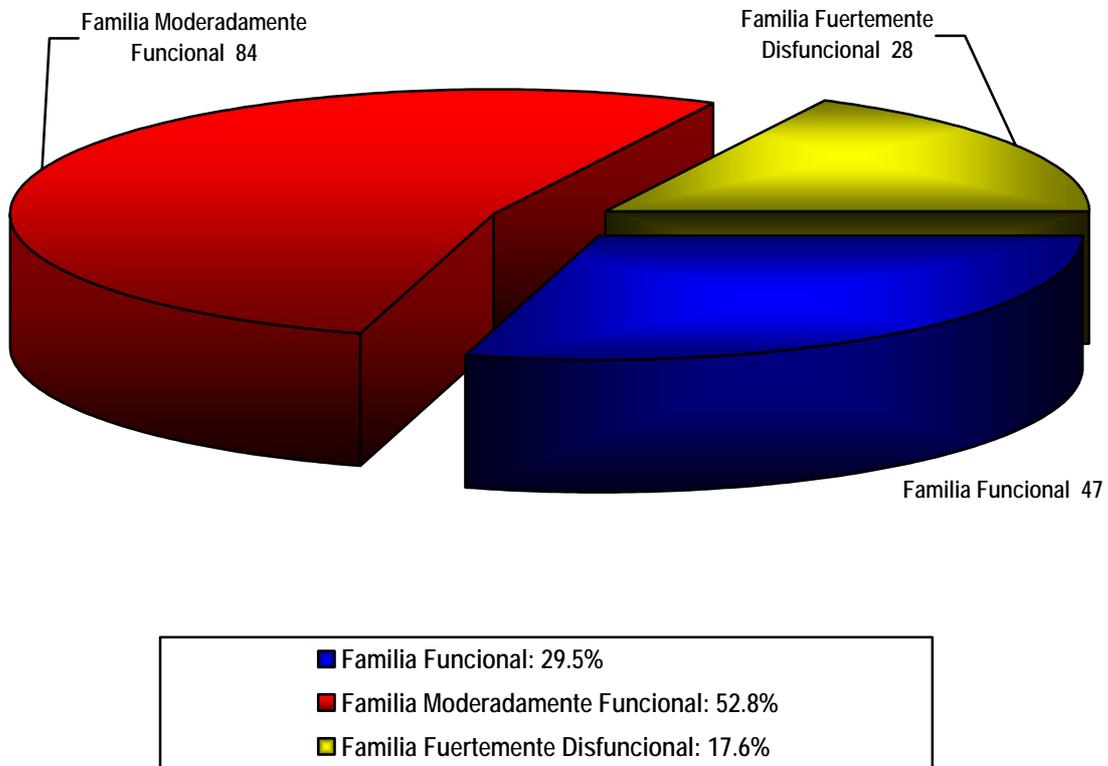
Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

Gráfica 5: Distribución del Rol familiar en pacientes con sobrepeso.



Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

Gráfica 6: Resultados obtenidos del APGAR familiar.



Fuente: Cuestionario para la recolección de datos para el estudio: Calidad de vida en pacientes con sobrepeso

ANEXO 2

Cuestionario para la recolección de los datos.

PROTOCOLO DE ESTUDIO
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SOBREPESO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

AUTOR: Dr. SERGIO VELÁZQUEZ REBOLLO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF 28

1. **EDAD:** _____
2. **SEXO:** 1. FEMENINO 2. MASCULINO
3. **ESTATURA** _____
4. **PESO** _____
5. **IMC** _____
6. **ESCOLARIDAD** 1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. PREPARATORIA 4. LICENCIATURA 5. POSGRADO
6. ANALFABETA
7. **ESTADO CIVIL** 1. CASADO 2. SOLTERO 3. VIUDO 4. DIVORCIADO 5. UNIÓN LIBRE
8. **ROL EN LA FAMILIA** 1. PADRE 2. MADRE 3. HIJO 4. ABUELO 5. OTROS

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)	RESULTADO
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun trastorno				
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo ò interes y participa en la resoluciòn de problemas				
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida				
Estoy satisfecho co la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.				
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos				
RESULTADO	7-10 Familia Funcional	4-6 Familia Moderadamente funcional	0-3 Familia Fuertemente disfuncional	

ANEXO 3

Consentimiento Informado

Para participar en el protocolo de estudio:

“Conocer la calidad de vida en pacientes con sobrepeso en una Unidad de Medicina Familiar”

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio: **“Conocer la calidad de vida en pacientes con sobrepeso en una Unidad de Medicina Familiar”**.

Que se realiza en esta institución. Estoy conciente de que las preguntas verbales que se me realizaran serán de total e integra discreción, en donde solo sabrán las respuestas los responsables de este protocolo de estudio.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre _____

Firma _____

Testigo

Testigo

Nombre del Investigador: Dr. Sergio Velázquez Rebollo.
Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera” IMSS

