

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS

Fernando Gabriel Gutiérrez-Caballero¹

¹Facultad de Estudios de Posgrado, Universidad del Norte, Paraguay

RESUMEN

La familia es considerada socialmente el grupo primario de contacto de un individuo y determina gran parte del comportamiento de éste, pudiendo influir positiva o negativamente en la conducta de sus integrantes y repercutir directamente en la salud física y psicológica de ellos. **Objetivos:** El objetivo de este estudio fue determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos con obesidad. **Metodología:** La población de estudio fueron los pacientes con diagnóstico de obesidad que acudieron al Hospital Distrital de Presidente Franco, durante los meses de enero a junio del 2019. El diseño del estudio fue observacional descriptivo de corte transversal. **Resultados:** Se observó baja adherencia al tratamiento de la obesidad en el 38% de los pacientes. La autopercepción de alguna disfuncionalidad familiar se encontró en el 61% de los pacientes. La adherencia al tratamiento de la obesidad es menor en quienes perciben mayor disfuncionalidad familiar ($P=0.007$). **Conclusiones:** Los pacientes que presentan una disfunción grave de la percepción de la

funcionalidad familiar tienen una inadecuada adherencia al tratamiento, por lo que son un grupo de pacientes con una alta probabilidad de abandono de la terapia indicada, predisponiéndolos a presentar complicaciones y hospitalizaciones futuras. En relación a los grupos sociodemográficos y etarios no se observó diferencias significativas en la percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la obesidad. La percepción de la funcionalidad familiar es un factor clave para la adherencia al tratamiento, por lo que debería ser tema en futuros estudios.

Palabras claves: Relación familiar; adherencia al tratamiento; obesidad.

ABSTRACT

The family is considered socially the primary contact group of an individual and determines a large part of his behaviour, being able to positively or negatively influence the behaviour of its members and directly affect their physical and psychological health. **Objectives:** The objective of this study was to determine the perception of family functionality in the adherence to treatment of adult patients with obesity. **Methodology:** The study population included patients with a diagnosis of obesity who attended the Presidente Franco District Hospital during the months of January to June 2019. The study design was descriptive observational cross-sectional study of the targeted population. The variables measured were: age, sex, economic level, educational level, body mass index, family functionality, adherence to treatment. **Results:** Low adherence to obesity treatment was observed in 38% of patients. Self-perception of some family dysfunction was found in 61% of patients. Adherence to obesity treatment is lower in those who perceive greater family dysfunction ($P=0.007$). **Conclusions:** Patients with severe dysfunction in the perception of family functionality have inadequate adherence to treatment, making them a group of patients with a high probability of abandoning the indicated therapy, predisposing them to

present complications and future hospitalizations. Regarding the sociodemographic and age groups, no significant differences were observed in the perception of family functionality and adherence to obesity treatment. The perception of family functionality is a key factor for adherence to treatment, so it should be a topic in future studies.

Keywords: Family relationship; adherence to treatment; obesity.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una patología crónica que se caracteriza por un exceso de grasa corporal en el organismo, la cual conduce a un estado de enfermedad física, psicológica y social (1). Es considerada una enfermedad de origen multifactorial, resultado de la ingesta excesiva de calorías, escasa actividad física, un ambiente obesogénico, alteraciones endocrinológicas, factores genéticos u otros (1).

La obesidad plantea cierto grado de dificultad para la adherencia al momento de abordar al paciente e instaurar un tratamiento para la disminución y el mantenimiento del peso, ya que, como refiere Reyes-Flores *et al.*, la adherencia al tratamiento también responde a múltiples factores relacionados con lo socioeconómico, la atención médica, la enfermedad, el tratamiento y la autonomía del paciente (2). La falta de adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas no transmisibles es sumamente elevada. En los países desarrollados no llega al 50% y en aquellos países en vías de desarrollo, como Paraguay, la adherencia es aún menor (3). A medida que crece la carga mundial de enfermedades crónicas, este problema tiende a aumentar, según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), suponiendo una importante sobrecarga en los presupuestos de asistencia sanitaria (3).

En pacientes con obesidad, la complejidad del tratamiento radica en que al tratamiento farmacológico debe acompañar la modificación de hábitos alimentarios y de actividad física, dificultando la adherencia (4). Dos tercios de los pacientes con diagnóstico de obesidad recuperan el peso perdido tras un año de iniciado el tratamiento, y casi el 100% tras los 5 años, lo cual está relacionado con la falta de adherencia (4). Los pacientes que acuden al Hospital Distrital de Presidente Franco con diagnóstico de obesidad y realizan tratamiento no están exentos de esta problemática. A muchos de ellos, les resulta difícil cumplir las indicaciones terapéuticas médicas y nutricionales exponiéndose al desarrollo de diversas comorbilidades, deterioro de la calidad de vida, aumento del riesgo cardiovascular y mortalidad asociada.

Entre los diversos factores modificables que influyen en el desarrollo de obesidad y la adherencia al tratamiento, las medidas preventivas han sido poco eficaces para impedir el crecimiento rápido de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en todo el mundo (5). El apoyo de la familia constituye un factor clave para la adherencia al tratamiento y el cambio de la conducta a largo plazo. Una familia disfuncional puede condicionar la ingestión de alimentos y propiciar el abandono de la terapia, agravándose el problema (7). Por todo lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Se relaciona la percepción de la funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento en los pacientes con obesidad que acuden al Hospital Distrital de Presidente Franco? La hipótesis que se plantea es que pertenecer a una familia funcional condiciona una mejor adherencia al tratamiento, en pacientes con diagnóstico de obesidad.

A través de este estudio se examinará la percepción de la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de obesidad que acuden a dicho nosocomio, siendo ésta de suma importancia para generar estrategias que contribuyan a mejorar el abordaje terapéutico en este grupo de pacientes.

MARCO TEÓRICO

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en el siglo XXI. La escasa adherencia al tratamiento que presentan los pacientes, contribuye enormemente en la persistente prevalencia de esta enfermedad (6).

OBESIDAD

La OMS define a la obesidad y el sobrepeso como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (7). Por su parte, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) la define como una enfermedad de múltiples factores. Se caracteriza por una masa grasa mayor al 25% en hombres y 33% en mujeres (8).

En el 2017 la Asociación de Endocrinología Clínica y el Colegio Americano de Endocrinología propusieron el cambio del término obesidad por el de “enfermedad crónica basada en la adiposidad” (9). Por lo tanto, podríamos definir la obesidad como una patología epidémica, crónica, endócrino-metabólica, de origen multifactorial. Se caracteriza por un exceso de grasa corporal que conduce a un estado de enfermedad física, psicológica y social. Se afirma que aumenta los costos socio-sanitarios, acorta la esperanza de vida y genera gran morbilidad (1,10).

Epidemiología

La OMS en su reporte de febrero del 2018 publicó que 650 millones de personas mayores de 17 años presentaban obesidad en el año 2016. Las cifras fueron aún más impactantes según los datos publicados en niños y adolescentes, donde 340 millones eran obesos en el 2016 (5). El Paraguay no está exento de esta realidad. Ya lo demostró la Primera Encuesta Nacional

de Enfermedades No Transmisibles 2011, donde se observó que el 23% de la población paraguaya presentaba obesidad (6,11,12). De todos los grupos etarios, la población que presentó mayor proporción de obesidad (30%) fueron los mayores a 55 años de edad (11).

Factores implicados

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, en cuyo desarrollo participan múltiples factores. Entre ellos se pueden citar a la genética, epigenética, el déficit de sueño, edad, sexo, crono-disrupción, ciertos fármacos, alteraciones de la microbiota intestinal, enfermedades endócrinas y del sistema nervioso central (8,10,13,14). Entre los factores de riesgo modificables más importantes se encuentran los estilos de vida inadecuados, como la ingesta de alimentos hipercalóricos de bajo costo y la falta de actividad física (8,10,14).

Clasificación

Se puede distinguir diversos tipos de obesidad dependiendo del criterio que se utilice para clasificarla: según la localización de la grasa acumulada, la cantidad de tejido graso, la causa de la obesidad, las características clínicas y la etapa de la vida en que se produce (1). Por su bajo costo y facilidad de aplicación en el consultorio clínico del primer nivel de atención, el índice de masa corporal (IMC) es el indicador nutricional más utilizado, y permite clasificar a la obesidad en grados I, II y III (8,9,14).

Diagnóstico

El diagnóstico de la obesidad se establece a través del porcentaje de grasa superior al 25% en hombres y 33% en mujeres. Cuando no es posible estimar el porcentaje de grasa corporal se recurre al IMC (8). El IMC se calcula mediante la fórmula:

$$IMC = P/E^2$$

donde P corresponde al peso corporal en kilogramos y E a la estatura en metros. Se considera obesidad cuando el IMC es mayor a 30 kg/m² y sobrepeso cuando éste se encuentra entre 25 a 29.9 kg/m² (8,9,14). Véase el Cuadro 1.

Cuadro 1. Clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC).

Categoría	IMC
Peso normal	18.5–24.9
Sobrepeso	25–29.9
Obesidad grado I	30–34.9
Obesidad grado II	35–39.9
Obesidad grado III	≥ 40

El indicador IMC es el más utilizado por ser de rápida y fácil aplicación en el consultorio clínico del primer nivel de atención. Además, presenta una buena correlación con el porcentaje de grasa corporal para el diagnóstico de obesidad. Tiene un valor predictivo positivo del 97%, siendo éste el punto de partida para la valoración de la obesidad (10).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Definición

La OMS define la adherencia como el “grado en que el comportamiento de un paciente se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida” (2). Otros autores la definen como el “comportamiento complejo conformado por una estructura dinámica interna, que integra tres componentes: un componente personal y uno comportamental, relacionado al paciente, además de un componente relacional que abarca al profesional de la salud” (2,15). El abandono o deserción, interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, constituye un hecho frecuente y preocupante para el Estado. Conlleva un elevado costo sanitario y repercute negativamente en la salud del paciente (16).

Modelos teóricos

Los modelos teóricos que se han empleado más frecuentemente en los estudios sobre adherencia son el modelo de creencias en salud y la teoría de acción razonada (17).

El modelo de creencias en salud se basa en la teoría del valor esperado (expectativas). Se enfoca en dos dimensiones (17):

1. Grado de preparación o disposición del sujeto para realizar una acción, determinada por la vulnerabilidad o gravedad percibida.
2. Beneficio/coste percibidos de la acción preventiva.

Respecto a la teoría de la acción razonada, ésta se basa en que la motivación y acción humana están reguladas por las creencias del control, que implica tres tipos de expectativas:

1. Situación–resultado, en que las consecuencias se producen independientemente de la acción de la persona, por consecuencias ambientales.
2. Acción–resultado, en la que el resultado es consecuencia de las acciones de la persona.
3. Autoeficacia percibida, que se refiere a la capacidad de la persona para realizar la acción que se requiere para alcanzar los resultados (17).

Según un informe de la OMS, en los países desarrollados la adherencia al tratamiento es del 50% en las enfermedades crónicas. En contrapartida, suponen que en los países en vías de desarrollo es aún menor. Esto sería causado por la escasez de los recursos de salud y la desigualdad de acceso a la atención sanitaria (3).

En el Paraguay son pocos los estudios realizados sobre adherencia al tratamiento en patologías crónicas. Entre las más estudiadas se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, en las que no se supera el 30% a 40% de adherencia (18–20). Los estudios que evalúan la adherencia al tratamiento desde un enfoque relacionado al explícito del paciente son escasos. En nuestra población no se evidencia ninguna publicación relacionada (21–23).

Si bien cada enfoque dado para evaluar la adherencia presenta ventajas y desventajas, ningún método es considerado óptimo. No existe un “estándar de oro” para medir el comportamiento de la adherencia (3). La diversidad de métodos limita la comparabilidad entre los estudios a la hora de realizar revisiones (24).

Dimensiones de la adherencia

Dependiente del paciente

El paciente es quien decide si acepta y/o cumple con el tratamiento establecido, considerando la influencia del nivel socioeconómico, cultural, estadio de la enfermedad, actitudes y creencias en relación a la medicación, enfermedad.

Relación paciente-personal de salud

La relación entre el paciente y el personal de salud, confianza, accesibilidad, flexibilidad entre otros factores que influyen favorablemente en la adherencia.

Características del tratamiento

Relacionado a la duración, número de fármacos en comprimidos, complejidad en la administración de dosis, reacciones adversas, cambios del estilo de vida, entre otros (15).

Métodos de exploración

Existen diversos métodos para evaluar la adherencia al tratamiento del paciente. Se clasifican en tres métodos principales:

1. **Método objetivos directos:** Cuando se implementan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos.
2. **Método objetivos indirectos:** Valora la adherencia a partir del grado de control de la enfermedad. Así también el recuento de comprimidos, asistencia a citas programadas, valoración de eficacia terapéutica y efectos adversos de los medicamentos.
3. **Métodos subjetivos indirectos:** En éstos se emplean cuestionarios, entrevistas, juicio del médico y la impresión clínica. Entre los cuestionarios validados se encuentran el test de Batalla, test de Mrisky-Green, comunicación de autocumplimiento, comprobación fingida, y la escala de adherencia terapéutica de Soria Trujano (25,26).

En este estudio estaremos abarcando el método subjetivo, enfocado en el comportamiento implícito del paciente en su adherencia al tratamiento. En el mismo se consideran cuatro factores: la información sobre el padecimiento, el régimen terapéutico, interacción con el médico y la

autoeficacia del paciente (25).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La terapia cognitivo conductual representa unas de las herramientas terapéuticas más efectivas. En este abordaje, la familia constituye un factor clave para la adherencia al tratamiento y el cambio de la conducta a largo plazo (27). Una familia disfuncional puede propiciar el abandono de la terapia, agravando el problema (28).

Definición

Se puede definir a la familia funcional como aquella que desarrolla ciertos niveles de flexibilidad para adaptarse y responder a las dificultades cotidianas. Las familias disfuncionales suelen no responder o no adaptarse, por carecer de alternativas resolutivas antes las dificultades cotidianas que se presentan (29).

Enfoques

El estudio de la familia tiene dos enfoques bien diferenciados; uno social y uno clínico. Cada uno de ellos dan lugar a diversas escalas de evaluación y orientaciones bien diferenciadas: el clínico, orientado a la terapia; el social, orientado a la evaluación de la familia (30).

Los enfoques más empleados en salud son los orientados a las terapias, que buscan identificar las dinámicas familiares que provocan disfunciones psicológicas en sus integrantes o las relaciones familiares que puedan desencadenar trastornos psicopatológicos (30).

El enfoque orientado a la terapia tiene como base el modelo circumplejo de sistemas maritales y familiares. Se basa en tres dimensiones:

1. **Cohesión:** Unión emocional en la toma de decisiones.
2. **Adaptabilidad:** Habilidad de cambiar la estructura de poder, los roles y las reglas ante situaciones que así lo requieran.
3. **Comunicación:** Capacidad para la transmisión de conocimientos y experiencias en forma positiva (30).

La función familiar está relacionada con el proceso salud-enfermedad de sus integrantes (29). Los pacientes con patologías crónicas que pertenecen a familias funcionales presentan un mejor autocontrol y menor descompensación de su enfermedad de base (28,31,32). Según un informe de la OMS, la clave del éxito de la adherencia en parte se centra en el papel activo del paciente, la familia y la comunidad (3). El apoyo formal o informal que recibe el paciente de otro miembro de la comunidad es un factor que influye en su comportamiento y en los resultados de salud obtenidos (3).

INVESTIGACIONES PREVIAS SOBRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La OMS reconoce que para una óptima atención en pacientes con enfermedad crónica, la familia debe de jugar un papel activo. El apoyo de la familia puede mejorar la adherencia al tratamiento (3). En mayor proporción se han publicado estudios que intentan determinar una relación entre funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas no transmisibles. Son escasos los estudios que buscan determinar la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con obesidad. La diversidad de metodologías e instrumentos empleados dificulta la comparación de los estudios a la hora de realizar revisiones.

En 2017 Mar-García *et al.* realizaron un estudio donde relacionaron el automanejo y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con diabetes tipo II. Los mismos hallaron una relación significativa entre la percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento (31). En el año 2014 Lagos-Méndez *et al.* realizaron un hallazgo similar en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II (33). Alcaíno Díaz *et al.* (34) realizaron un estudio en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II en la ciudad chilena de Chillán en el año 2011. Encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el cumplimiento del tratamiento y la disfunción familiar, siendo los participantes de sexo masculino clasificados dentro de una familia funcional los que presentaban una mejor adherencia. En México, Jaramillo *et al.* (28) realizaron un estudio analítico prospectivo, en el año 2012, en pacientes con sobrepeso y obesidad. Concluyeron que pertenecer a una familia disfuncional representa un riesgo elevado para la adherencia al tratamiento de pérdida de peso. Concha Toro *et al.* (32) en su estudio de pacientes con diagnóstico de hipertensión y diabetes mellitus tipo II, realizado en Chile en el año 2010, concluyó que pertenecer a una familia disfuncional aumenta 24 veces más la probabilidad de presentar un episodio de descompensación.

Los estudios sobre la adherencia en pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y al tratamiento farmacológico son abordados en el Paraguay, pero, los estudios son escasos (18–20,35,36). En el país, no se evidencian estudios publicados en revistas indexadas que aborden la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de obesidad. Tampoco se evidencian estudios que aborden la percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de dicha enfermedad. Este hecho puede deberse a que muchos profesionales no toman en cuenta los factores implicados en la adherencia al tratamiento, o bien porque desconocen o no tienen experiencia en el uso de los instrumentos predictivos que pueden ser aplicados al paciente para valorarla.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto se llevó a cabo en el Hospital Distrital de Presidente Franco, ubicado sobre la avenida Mariscal López, en el departamento de consultas ambulatorias de medicina familiar y en el departamento de bioestadística del nosocomio. El estudio se realizó en pacientes adultos con diagnóstico de obesidad, durante su control ambulatorio. Acudieron al área de clínica médica y medicina familiar 114 pacientes entre los meses de enero y junio del 2019.

Diseño del estudio

Descriptivo, observacional, de corte transversal (con datos secundarios retrospectivos).

Variables

Se tuvieron en cuenta: Edad, sexo, escolaridad, nivel económico, IMC, percepción de la funcionalidad familiar, escala de adherencia terapéutica.

Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedad crónica (EAT)

Descripción

En los consultorios de medicina familiar del Hospital Presidente Franco se implementa desde diciembre del 2018 la *Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas* (EAT) (25). La misma evalúa el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas médicas en patologías crónicas, basándose en el comportamiento explícito del paciente. Este instrumento no se aplica en forma rutinaria en los consultorios de medicina familiar por el desconocimiento de los profesionales de su existencia y de las

ventajas que trae su uso en los pacientes crónicos, así como también por la nula experiencia en su uso y el tiempo que demanda su aplicación.

El instrumento cuenta con 21 ítems, cada uno de ellos presenta una escala de 0 a 100, donde el paciente elige la efectividad de su comportamiento en términos de porcentajes. Presenta 3 secciones de 7 ítems cada una destinada a evaluar el control sobre la ingesta de medicamentos, seguimiento médico conductual y la autoeficacia del paciente (17,25).

Validación

El instrumento ha sido previamente validado y evaluado con un análisis de fiabilidad, presentando un alpha de Cronbach de 0.919 para el instrumento en general, siendo un instrumento fiable en un 92% (25). Cada ítem presenta un alpha de Cronbach superior a 0.883 (25,37). Achury-Beltrán (2017) validó el mismo instrumento en pacientes con enfermedad cardiovascular obteniendo un alpha de Cronbach 0.837 (37). La escala de adherencia terapéutica fue aplicada por varios autores previamente (17,23,25).

Interpretación

- 0–20%: baja adherencia al tratamiento
- 40–60%: moderada adherencia al tratamiento
- 80–100%: alta adherencia al tratamiento

APGAR familiar

Existen diversos instrumentos que permiten identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas. Así también para identificar cuál es el rol que puede estar jugando la familia en el proceso salud-enfermedad (38). Entre los instrumentos más utilizados se encuentran la *Escala de*

evaluación de funcionamiento familiar (FACE) y el APGAR familiar (38–40). A la fecha, no se cuenta con un estándar de oro (39,41).

Descripción

El instrumento APGAR evalúa el grado de satisfacción que percibe un individuo en relación con el cumplimiento de las funciones familiares. Fue publicado por primera vez en el año 1978 por el Dr. Smilkstein (Universidad de Washington) en el idioma inglés (42). Desde la fecha ha sufrido varias adaptaciones y fue traducido a varios idiomas, chino, español, portugués como lo ha publicado Gómez Clavelina *et al.* en su artículo de revisión (43). El instrumento cuenta con 5 ítems en el cual el paciente debe responder acorde a su grado de satisfacción.

Validación

Bellon *et al.* presentaron la versión en español y la validaron, observándose en el instrumento traducido un alfa de Cronbach entre 0.84 a 0.86 (40). El instrumento ha sido aplicado previamente por varios autores (31,44).

Interpretación

- 17–20 puntos: Normal
- 13–16 puntos: Disfunción leve
- 10–12 puntos: Disfunción moderada
- < 9 puntos: Disfunción severa

Procedimientos

Una vez aprobado el protocolo se presentó al Director del Hospital Distrital de Presidente Franco una solicitud para la emisión de autorización y pase al departamento de fichas clínicas de los pacientes. Fue realizado el levantamiento de datos de las fichas de los pacientes que acudieron al consultorio de medicina familiar en el periodo de enero a junio del 2019 y fueron seleccionados acorde a los criterios de inclusión. Se obtuvieron las características sociodemográficas y los informes finales de los test APGAR y EAT aplicados a los participantes del estudio. Los datos fueron cargados en una planilla electrónica y analizados en STATA® versión 12. Los resultados de las variables cuantitativas fueron presentados en medias y desvíos estándar y de las variables categóricas en frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar las diferencias de proporciones entre variables categóricas se utilizó la prueba del chi-cuadrado de Pearson. Se consideraron significativos valores de $P < 0.05$.

Consideraciones éticas

El presente estudio no incumple lo estipulado en la declaración de Helsinki. Se preservan todos los derechos humanos de los participantes. Igualmente, se respeta el Código Internacional de Ética Médica, las normas estándares legales y jurídicas. El estudio no produjo maleficencia ni representó riesgo físico o psicológico a los pacientes. Se tomó todas las precauciones necesarias para resguardar la intimidad de los participantes. La investigación estuvo sujeta a normas éticas y fue aprobada por la Dirección de Investigación y Divulgación Científica de la Universidad del Norte según la resolución ETINV-20190105R1.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 114 pacientes, los cuales acudieron al nosocomio en el periodo de enero a junio. Por sexo se observó una predominancia del sexo femenino, 63% (n=72). La media de edad fue de 50 ± 8 años, sin diferencia significativa entre los sexos ($P = 0.64$). La distribución de grupos etarios se observa en el Cuadro 2. En todos los grupos etarios se observó una notable predominancia del sexo femenino.

Cuadro 2. Distribución etaria y sociodemográfica de los participantes.

Características	Total	Femenino	Masculino
<i>Grupo etario</i>			
– 25–35 años	24 (21)	16 (66)	8 (34)
– 35-44 años	40 (35)	25 (62)	15 (37)
– 45-55 años	50 (43)	31 (62)	19 (38)
<i>Escolaridad</i>			
– Primaria	11 (10)	7 (64)	4 (36)
– Secundaria	78 (68)	49 (63)	29 (37)
– Terciaria	25 (22)	16 (64)	9 (36)
<i>Nivel económico</i>			
– Bajo	21 (18)	16 (76)	5 (24)
– Medio	72 (63)	47 (65)	25 (35)
– Alto	21 (18)	9 (43)	12 (57)

No se encontraron diferencias significativas entre grupos etarios, niveles de escolaridad y nivel económico según sexo ($P>0.05$) en todos los casos).

Con respecto a la adherencia al tratamiento de la obesidad según el EAT, el 38% ($n=43$) presentó baja adherencia, el 33% ($n=38$) presentó moderada adherencia, y el 29% ($n=33$) presentó alta adherencia al tratamiento. No se encontraron diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre los sexos ($P=0.17$) ni entre los grupos etarios ($P=0.28$). Tampoco se observaron diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre los niveles económicos ni entre los niveles de escolaridad ($P>0.05$ para ambos).

Según la percepción de la funcionalidad familiar, obtenido por el APGAR, 61% de los participantes ($n=70$) presentó algún tipo de disfunción familiar. De éstos, el 66% ($n=46$) correspondió al sexo femenino y el 34% ($n=24$) al sexo masculino. La distribución de pacientes según la percepción de la funcionalidad familiar fue la siguiente: funcionalidad normal, 44 pacientes (39%); disfunción leve, 14 pacientes (12%); disfunción moderada, 43 pacientes (38%), disfunción grave, 13 pacientes (11%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la funcionalidad familiar entre los sexos, los grupos etarios, los niveles económicos ni entre niveles de escolaridad ($P>0.05$ en todos los casos).

Relacionando la adherencia al tratamiento y la percepción de la funcionalidad familiar, el 69% de los participantes con disfunción familiar grave ($n=9$) presentaron baja adherencia al tratamiento. A mayor percepción de disfunción familiar se observó menor adherencia al tratamiento de la obesidad (Cuadro 3). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($P=0.025$).

Cuadro 3. Distribución de participantes según percepción de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de la obesidad.

Adherencia al tratamiento	Baja	Moderada	Alta
<i>Funcionalidad familiar</i>			
– Normal	20	39	41
– Disfunción leve	43	36	21
– Disfunción moderada	44	28	28
– Disfunción grave	69	31	0

En la Figura 1 se muestra que la distribución de adherencia al tratamiento de la obesidad en los participantes difirió significativamente según la percepción familiar sea funcional o disfuncional ($P=0.007$). En los pacientes con percepción de funcionalidad familiar normal, el 80% presentó adherencia al tratamiento moderada o alta. En cambio, el 79% de los pacientes con percepción familiar disfuncional presentó adherencia al tratamiento baja o moderada para la pérdida de peso.

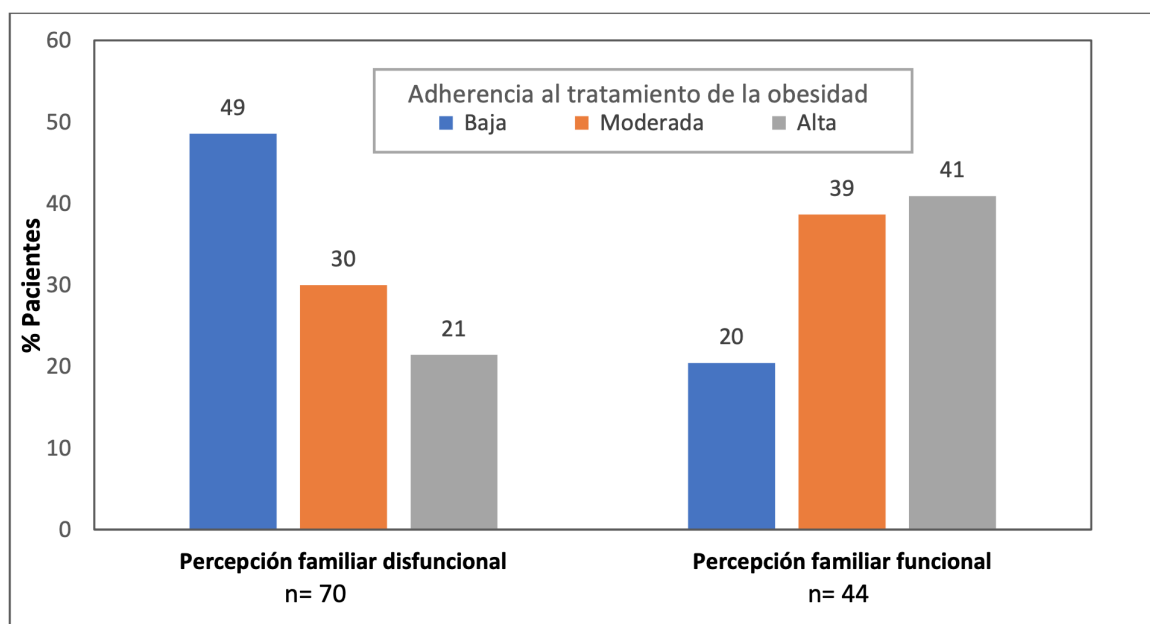


Figura 1. Distribución de pacientes de acuerdo a su percepción de funcionalidad familiar y su grado de adherencia al tratamiento de la obesidad

DISCUSIÓN

La diversidad de métodos limita la comparabilidad entre los estudios a la hora de realizar revisiones, y la metodología aplicada en este estudio es la primera de su tipo, como así también el grupo de pacientes estudiado. En la gran mayoría de los estudios que evalúan funcionalidad familiar se utiliza el FACE III. En este estudio se debió optar por el APGAR, por ser el instrumento utilizado en el nosocomio donde fue llevado a cabo. El mismo resulta un instrumento muy confiable ($\alpha = 0.84$). Si bien la adherencia al tratamiento en diversas patologías crónicas es ampliamente estudiada, son escasos los estudios encontrados en la literatura científica sobre adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de obesidad.

La disfunción familiar (leve, moderada y grave) observada en este estudio fue del 61%. Otro hallazgo similar es el de Jaramillo-Sanchez *et al.* (28), de 57% (n=168) de pacientes con disfunción familiar, con un estudio analítico de cohorte donde aplicaron el instrumento FACE III para evaluar funcionalidad familiar en pacientes con sobrepeso u obesidad. En dicho estudio se verificó que el 88% de los pacientes con sobrepeso u obesidad y familia disfuncional no perdieron peso.

Estos resultados no difieren importantemente de los de estudios que evalúan la funcionalidad familiar en otras enfermedades crónicas. Lagos-Méndez *et al.* encontraron 61% (n=100) de disfunción familiar, con un estudio cuantitativo de correlación en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, utilizando el APGAR familiar (33). Sin embargo, difieren a lo encontrado por Concha-Toro y Mar-García en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus (31,32), donde la disfunción moderada a grave no superó el 30%, así como también lo encontrado por Aguilar-Rivera en pacientes con insuficiencia renal crónica (44).

Con respecto a la evaluación de la adherencia al tratamiento, los estudios previos utilizaron Morisky-Green-Levine, a diferencia del instrumento aplicado en este estudio. Pese a ello los resultados obtenidos son similares (18–20). El 71% de los participantes de este estudio presentó una baja adherencia al tratamiento de la obesidad, similar a lo hallado por Domínguez *et al.* en un estudio observacional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (20), donde 70% de los participantes presentaban baja adherencia al tratamiento. Aíd, en un estudio descriptivo en pacientes con hipertensión arterial, encontró baja adherencia terapéutica en el 60% de los participantes (18). Así también, en el 2018, Ríos-González reportó baja adherencia al tratamiento en el 59% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión y 61% de los pacientes con diabetes tipo 2 (19).

Este problema de baja adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas podría evitarse con la aplicación de terapias ocupacionales. Porras *et al.* aplicando intervención multidisciplinaria con terapeutas ocupacionales en pacientes con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, observaron una adherencia terapéutica del 83% de los participantes del estudio, con un seguimiento de 4 meses (45).

La creciente incidencia de la obesidad a nivel mundial continúa siendo alarmante, y a esto se suma la dificultad que plantea este grupo de pacientes en la adherencia al tratamiento y todas las comorbilidades que conlleva la enfermedad causando una importante sobrecarga al sistema sanitario, teniendo un mayor impacto en los países subdesarrollados. Al ser una patología multifactorial, que puede ser influenciada por el ambiente que rodea al paciente, debemos tener en cuenta a la familia.

Los estudios que abordaron la percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento son pocos y pequeños, la diversidad de los instrumentos que emplearon dificulta la comparabilidad, pero todos encontraron relación significativa entre la percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia.

En conclusión, en este estudio se observó baja adherencia al tratamiento en más de la tercera parte de los pacientes con obesidad. Así también, se evidenció autopercepción de alguna disfuncionalidad familiar en más de la mitad de los mismos. Los pacientes que presentaron una disfunción grave de la percepción de la funcionalidad familiar tuvieron una inadecuada adherencia al tratamiento. Este grupo de pacientes presenta una alta probabilidad de abandono de la terapia indicada, predisponiéndolos a presentar complicaciones y hospitalizaciones futuras. En relación a los grupos sociodemográficos y etarios no se observó diferencias significativas en la percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la obesidad.

RECONOCIMIENTOS

Este artículo fue evaluado y revisado por la Dirección de Investigación y Divulgación Científica, siendo defendido y aprobado como tesis del programa de Maestría en Nutrición Clínica de la Facultad de Estudios de Posgrado, Universidad del Norte (Asunción, Paraguay).

Correspondencia: Mg. Fernando Gutiérrez-Caballero, Facultad de Estudios de Posgrado, Universidad del Norte, Paraguay
(dr_fernandogutierrez@hotmail.com)

Fecha de recepción: 28 de agosto de 2019

Fecha de aceptación: 23 de noviembre de 2019

Fecha de publicación: 22 de octubre de 2020

REFERENCIAS

1. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. Rev Médica Clínica Las Condes. 2012 Mar;23(2):124–8.
2. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: Conceptos – determinantes y nuevas estrategias. Rev Medica Honduras. 2016;96:124–32.
3. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies : evidence for action. Ginebra: World Health Organization; 2003.
4. Leija Alva G, Peláez Hernández V, Cabañas EP, Santiago RP, Orea Tejeda A, Domínguez Trejo B, et al. Cognitive factors predicting therapeutic adherence in people with overweight and obesity. Rev Mex Trastor Aliment. 2019;10(1):85–94.
5. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Centro de prensa. 2018.
6. Cañete F, Fretes G, Sequera V, Turnes C, Santacruz E, Paiva T, et al. Epidemiología de la Obesidad en el Paraguay. An Fac Cienc Méd.

- 2016;49(2):17–26.
7. Organización Mundial de la Salud. Obesidad.
 8. Lecube A, Monereo S, Rubio MÁ, Martínez-de-Icaya P, Martí A, Salvador J, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinol Diabetes y Nutr.* 2017 Mar;64:15–22.
 9. Mechanick JL, Hurley DL, Garvey WT. Adiposity-based chronic disease as a new diagnostic term: The american association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology position statement. *Endocr Pract.* 2017 Mar;23(3):372–8.
 10. Ministerio de la Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Buenos Aires; 2014.
 11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en la Población General. MSPBS. Asunción; 2012. 29
 12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Análisis de la Situación de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. MSPBS. Asunción; 2015.
 13. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4th ed. VI Diretrizes Brasileiras de Obesidade. Sao Paulo; 2016. 7–186 p.
 14. Dr.Rafael Gomez. II Consenso Latinoamericano de Obesidad. Valenzuela Montero A, editor. 2017.
 15. Castro Díaz LA. Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Editorial. Bogota; 2018. 11–28 p.
 16. Nahr Velásquez E. Factores asociados a las causas de abandono de la consulta de niños y adolescentes con malnutrición. *Rev Ciencias Soc.* 2013;19(4):694–706.
 17. Alvarado L. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Rev Med Chil.* 2016 Feb;144(2):269–70.
 18. Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna.* 2015 Oct;2(2):43–51.
 19. Rios-Gonzalez CM. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay. 2018;44(3):1–4.
 20. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga EO. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus

- tipo 2. *Rev Virtual Soc Parag Med Int.* 2019;6(1):63–74.
21. DiMatteo MR. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Heal Psychol.* 2004;23(2):207–18.
 22. Soria Trujano R, Vegas Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción Médico-Paciente Y Su Relación Con El Control Delpadecimiento En Enfermos Crónicos / Physician-Patient Interaction and Its Relation To Control of Suffering in Chronically Ill. *Liberabit.* 2011;17 Nro. 2:223–30.
 23. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez A, Gonzáles-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad. *Rev Psicol.* 2017;26(1):1–13.
 24. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la promoción la salud.* 2016 Jun;0121–7577(2462–8425):117–37.
 25. Soria-Trujano R, Vega-Valero C, Nava-Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamiento explícitos. *Altern psicol.* 2009;14(20):89–103.
 26. Peralta ML, Pruneda PC. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatología Pascua.* 2008;17(3):84–8.
 27. Calugi S, Ruocco A, El Ghoch M, Andrea C, Geccherle E, Sartori F, et al. Residential cognitive-behavioral weight-loss intervention for obesity with and without binge-eating disorder: A prospective case-control study with five-year follow-up. *Int J Eat Disord.* 2016 Jul;49(7):723–30.
 28. Jaramillo-Sánchez R, Espinosa-de Santillana I, Espíndola-Jaramillo IA. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;50(5):487–92.
 29. Castellón Castillo S, Ledesma Alonso E. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. *Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus.Cuba. Contrib a la Ciencias Soc.* 2012;
 30. Louro Bernal I. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria . Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud Autora Isabel Louro Bernal MSc . Tutoras Silvia Martínez C. Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
 31. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdova I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Univ.* 2017 Jul;14(3):155–61.
 32. Concha Toro M del C, Rodríguez Garcés CR. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados.

- Theoria. 2010;19(1):41–50.
33. Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuid y salud Kawsayninchis. 2017 Oct;1(2):85–92.
 34. Alcaíno Díaz DE, Bastías Rivas N del C, Benavides Contreras CA, Figueroa Fuentealba DC, Luengo Martínez CE. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Gerokomos. 2014 Mar;25(1):9–12.
 35. Maidana GM, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, et al. Factors determining non-compliance with drug therapy on diabetes patients. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2016 May;14(1):70–7.
 36. Torres P, Centurión R, Medina Cubilla RM, Portillo González JA. Control adecuado de la presión arterial en adultos con medicación antihipertensiva de dos Unidades de Salud Familiar de Luque y Fernando de la Mora, Paraguay, 2018. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna. 2019;6(1):31–40.
 37. Achury-Beltrán LF. Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. Aquichan. 2017 Nov;17(4):460–71.
 38. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev Médica La Paz. 2014;20(1):53–7.
 39. Olson D, Gorall D, Tiesel J. FACES IV Package: Administration Manual. 2006;1–20.
 40. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. (Validity and reliability of the family Apgar family function test). Aten primaria. 1996 Oct;18(6):289–96.
 41. Ball DC, Arca D, Olson DH. Propiedades Psicométricas Del Faces Iv: Estudio De Validez En Población Uruguaya. Ciencias Psicológicas. 2013;VII(2):119–32.
 42. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract. 1978;6(6):1231–9.
 43. Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Apgar Interpretacion. ATEN FAM. 2010;17(4):102–6.
 44. Aguilar-Rivera T, González-López AM, Pérez-Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. ATEN FAM. 2014;21(1):50–4.

45. Porras A. X, Cáceres N. M, Garcés M. A, Riveros G. MF, Seguel V. A. Intervención de terapia ocupacional en prevención y tratamiento de obesidad y Diabetes Mellitus Tipo II: "nunca pensamos que era algo más que una dieta." Rev Chil Ter Ocup. 2009 Sep;0(6).