



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISLIPIDEMIA EN
PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

TESIS

PRESENTADA POR

Margarita López Rodríguez

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Evelyn Larraga Benavente

Aguascalientes, Ags. diciembre del 2018



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARGARITA LÓPEZ RODRÍGUEZ

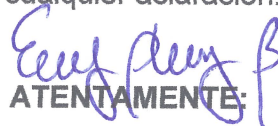
Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“RELACION ENTRE LA PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DISLIPIDEMIA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Margarita López Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.


ATENTAMENTE:

Dra. Evelyn Larraga Benavente



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARGARITA LÓPEZ RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“RELACION ENTRE LA PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DISLIPIDEMIA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Margarita López Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos a Prado

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MARGARITA LÓPEZ RODRÍGUEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISLIPIDEMIA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., a 10 de Diciembre de 2018.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien me ha brindado la oportunidad de estar aquí, dándome el impulso y fuerza necesarios para superar los obstáculos que se me han presentado en cada reto impuesto a lo largo de mi vida, por cada persona que me ha acompañado en el camino en especial a mi familia, quienes han sido mis motores de vida.

A mi esposo Sergio por ser mi fuerza y apoyo incondicional en todo momento, que aunque no ha sido fácil el camino mucho menos la distancia, siempre ha estado ahí para darme una mano y brindarme su amor a cada paso.

A mi hija Ximena a quien le toco vivir esta etapa tan difícil, quien ha sido y será siempre mi motivo para despertar y ser mejor cada día, esperando se sienta siempre orgullosa de su mami.

A mis padres quienes nunca han dejado de brindarme su apoyo y sentirse orgullosos de mí, en especial a mi mamá ya que sin sus cuidados, amor y paciencia no lo habría logrado.

A mis hermanos que siempre están para apoyar cuando la situación es difícil, siempre confiando en mí, en especial a mi hermano Daniel que me cuida desde el cielo donde sé se sentirá orgulloso de mí.

A mis amigos que siempre están dispuestos a dar una palabra de aliento, una sonrisa, a escucharme cuando lo necesitaba.

A mis maestros, tanto médicos como a los pacientes ya que gracias a ellos he podido ser mejor médico y mejor persona, me han enseñado a siempre dar lo mejor de mí y seguir esmerándome más cada día, me han enseñado a amar mi profesión y más aún mi especialidad.

A la Dra. Ana Hortensia que aunque terminó su trayecto como coordinadora en esta especialidad sin sus enseñanzas, paciencia y apoyo no hubiera logrado llegar a donde estoy.

A la Dra. Evelyn mi asesora ya que sin su apoyo, consejos, impulso y fe en mí no habría sido posible concluir esta etapa.

A todas aquellas personas que de una u otra forma aportaron algo a mi vida y a mi crecimiento profesional para que esta etapa pudiera llegar a su fin.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	iii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	iii
ACRÓNIMOS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
MARCO TEORICO.....	1
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1
MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES.....	4
I. LA FAMILIA	4
CICLO VITAL FAMILIAR.....	6
ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR	6
CRISIS DE LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL	7
TIPOS DE FAMILIA.....	7
FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	8
II. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	9
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	9
TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS	9
MODELO ESTRUCTURAL	10
MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON.....	13
III. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	14
EMMA ESPEJEL	14
MODELO DE McMASTER.....	15
APGAR FAMILIAR.....	16
TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL	16
DISLIPIDEMIAS	18
EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISLIPIDEMIAS.....	21
DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	21
FACTORES DE RIESGO.....	23
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	24
METAS TERAPÉUTICAS	26
RELACION ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISLIPIDEMIAS	28
JUSTIFICACIÓN.....	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30
PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD	32
DISLIPIDEMIAS EN MEXICO	32

PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD	33
DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA	39
DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA.....	40
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	41
OBJETIVOS.....	42
Objetivo general	42
Objetivos específicos.....	42
HIPOTESIS.....	43
HIPÓTESIS ALTERNA GENERAL	43
HIPÓTESIS NULA GENERAL	43
HIPOTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS	43
HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS	44
MATERIAL Y MÉTODOS	44
TIPO DE ESTUDIO	44
UNIVERSO DE ESTUDIO	44
POBLACIÓN DE ESTUDIO	45
MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	45
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	45
<i>Criterios de inclusión</i>	45
<i>Criterios de no inclusión</i>	46
<i>Criterios de eliminación</i>	46
LOGÍSTICA.....	46
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
DESCRIPCIÓN Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	47
PLAN DE ANÁLISIS.....	50
ASPECTOS ETICOS	51
RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	51
RESULTADOS.....	53
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIÓN	66
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	70
ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71
ANEXO C. HERRAMIENTA PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF SIL	73
ANEXO B. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO APLICADO POR EL TESISISTA.....	74
ANEXO C CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Categorías distribuidas en el Test FF SIL	17
Tabla 2. Nominación cualitativa del instrumento FF-SIL	18
Tabla 3. Clasificación de la funcionalidad familiar de acuerdo al puntaje de resultado.....	48
Tabla 4. Gastos	52
Tabla 5. Características sociodemográficas de los pacientes	54
Tabla 6. Tipo de dislipidemia por género y porcentaje de pacientes en tratamiento.....	56
Tabla 7. Puntaje por dominio del cuestionario F-FSIL de funcionalidad familiar.....	56
Tabla 8. Funcionalidad familiar según tipo de dislipidemia.....	58
Tabla 9. Niveles séricos de colesterol total y triglicéridos según la funcionalidad familiar..	59
Tabla 10. Funcionalidad familiar por género, estado conyugal, ocupación y escolaridad..	60
Tabla 11. Funcionalidad familiar por ocupación y escolaridad.	61
Tabla 12. Factores asociados a familias severamente disfuncionales (por regresión logística multinomial*).....	62
Tabla 13. Factores asociados a familias disfuncionales (por regresión logística multinomial*).....	63

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de los paciente incluidos por grupos de edad.	53
Gráfica 2. Frecuencia de cada dislipidemia presente en los pacientes incluidos.....	55
Gráfica 3. Puntaje global del cuestionario FF-SIL	57
Gráfica 4. Clasificación de la funcionalidad familiar de los pacientes con dislipidemia según el puntaje del cuestionario FF-SIL.....	57
Gráfica 5. Clasificación de la funcionalidad familiar de los pacientes con dislipidemia por grupos de edad.....	60

ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
C-LDL	Colesterol-LDL
DM2	Diabetes Mellitus 2
ENSE	Encuesta Nacional Sero-epidemiológica
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
FACES III	Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar
FFSIL	Cuestionario De Valoración De Funcionalidad Familiar
FAD	Family Assessment Device
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
TGS	Teoría General de los Sistemas

RESUMEN

Antecedentes: Dislipidemias favorecen desarrollo de enfermedades cardiovasculares, actualmente primera causa de muerte en México. Éstas podrían asociarse a funcionalidad familiar, por lo que se realiza este estudio. Objetivo: Conocer relación entre percepción de funcionalidad familiar y dislipidemias en pacientes mayores de 50 años. Material y métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo tipo correlacional, diseño analítico. Tipo de muestreo aleatorio simple, seleccionándose pacientes mayores de 50 años con dislipidemia que acudieron a consulta en UMF No. 1 IMSS. Se obtuvo información general y grado de funcionalidad familiar. Se realizó análisis estadístico en SPSS v. 21 consistente en estadística descriptiva, análisis univariado y multivariado con regresión logística multinomial para determinar factores asociados a funcionalidad familiar. Una $p < 0.05$ se consideró significativa. Resultados: Se incluyeron 294 pacientes con dislipidemia, 35.7% masculinos y 64.3% femeninos, edad promedio 61.0 ± 8.4 . La mayoría tenía educación básica, casados, amas de casas o empleados. El 19.7% tenían hipercolesterolemia aislada, 21.8% hipertrigliceridemia aislada y el 58.5% ambas dislipidemias. En dominios del FF-SIL cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad y afectividad puntaje fue superior a 7 y el dominio permeabilidad fue el de menor puntaje. El puntaje promedio del FF-SIL fue 50.8 ± 10.5 , mayor en pacientes femeninos (52.1 ± 9.4) que en masculinos (48.3 ± 11.8 ; $p = 0.002$). Con base en puntaje FF-SIL, se clasificó la funcionalidad familiar de los pacientes con dislipidemia, encontrando 34.3% familias funcionales, 43.2% moderadamente funcionales, 19.4% familias disfuncionales y 3.1% familias severamente disfuncionales. Análisis univariado pacientes con hipertrigliceridemia tuvieron mayor frecuencia de familias severamente disfuncionales (7.8%) y disfuncionales (21.9%); pacientes con hipercolesterolemia tuvieron mayor porcentaje de familias funcionales (46.6%; $p = 0.032$). Conclusiones: Los niveles de lípidos séricos no fueron significativamente distintos según grado de funcionalidad familiar y en análisis multivariado no se asoció los niveles de lípidos a la funcionalidad familiar. El único factor significativamente asociado a disfunción familiar fue el género masculino.

ABSTRACT

Background: Dyslipidemias favor the development of cardiovascular diseases, currently the leading cause of death in Mexico. These could be associated with family functionality, so this study is carried out. Objective: To know the relationship between perception of family functionality and dyslipidemias in patients over 50 years of age. Material and methods: Descriptive study, quantitative correlational type, analytical design. Type of simple random sampling, selecting patients older than 50 years with dyslipidemia who attended consultation in FMU No. 1 IMSS. General information and degree of family functionality were obtained. Statistical analysis was performed in SPSS v. 21 consisting of descriptive statistics, univariate and multivariate analysis with multinomial logistic regression to determine factors associated with family functionality. One $p < 0.05$ was considered significant. Results: We included 294 patients, 35.7% were male, average age 61.0 ± 8.4 . Most had basic education, married, housewives or employees. 19.7% had isolated hypercholesterolemia, 21.8% had isolated hypertriglyceridemia, and 58.5% had both dyslipidemias. In domains of the FF-SIL cohesion, harmony, communication, adaptability and affectivity score was higher than 7 and the domain permeability was the lowest score. The average score of the FF-SIL was 50.8 ± 10.5 , higher in female patients (52.1 ± 9.4) than in male patients (48.3 ± 11.8 , $p = 0.002$). Based on the FF-SIL score, the family functionality of patients with dyslipidemia was classified, finding 34.3% functional families, 43.2% moderately functional, 19.4% dysfunctional families and 3.1% severely dysfunctional families. Univariate analysis patients with hypertriglyceridemia had higher frequency of severely dysfunctional (7.8%) and dysfunctional families (21.9%); Patients with hypercholesterolemia had a higher percentage of functional families (46.6%, $p = 0.032$). Conclusions: Serum lipid levels were not significantly different according to degree of family functionality and in multivariate analysis, lipid levels were not associated with family functionality. The only factor significantly associated with family dysfunction was the male gender.

MARCO TEORICO

Posterior a una búsqueda sistematizada en la base de datos de PUBMED, EBSCO, CONRYCIT, con las siguientes palabras clave: funcionalidad familiar, dislipidemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, family functionality, FF-SIL, dyslipidemia, se encuentran artículos en el que se engloban las variables de las cuales se trata este estudio, así como estudios en los cuales se menciona no es concluyente la relación de la funcionalidad familiar como factor asociado a la presencia de dislipidemia.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Blacio y Cols. (2016) en su estudio Síndrome metabólico y su relación con la funcionalidad familiar en los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar, Santa Rosa, realizado en el Hospital de Santa Teresita en Santa Rosa, Ecuador. Un estudio descriptivo, analítico y correlacional, de diseño transversal, realizado en una población de 640 pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 y una muestra aleatoria de 150 pacientes con síndrome metabólico, a quienes se les practicó valoración clínica completa y se determinó niveles de glucosa en ayuno, triglicéridos, colesterol HDL, además se les aplicó el cuestionario FF SIL. Los datos fueron analizados mediante la prueba estadística del Chi², valor de p, V. de Cramer y el Odds Ratio con un IC al 95%. Se determinó que el 99% de pacientes con síndrome metabólico que pertenecen a familias disfuncionales tienen descontrol de uno o más aspectos, el OR y los límites de confianza no tienen significancia estadística, no es la disfunción familiar un factor de riesgo o protección para el control metabólico. En conclusión, la disfunción familiar no se relaciona estadísticamente con el descontrol metabólico de los pacientes con Síndrome Metabólico.¹

Moncada y cols. (2017) en su estudio Funcionalidad familiar y perfil lipídico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Pasaje 2016. Un estudio de tipo

prospectivo, descriptivo, analítico y transversal, realizado en una población de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2; y, de exclusión los pacientes que están cursando con dislipidemias. Quedando una muestra de 77 de 116 adultos mayores del Club de diabéticos del centro Anidado del Hospital San Vicente de Paúl. Realizándose una encuesta semiestructurada para la recolección de los datos sociodemográficos, el test FF-SIL que permitió medir el grado de funcionalidad familiar; además, se hicieron exámenes de laboratorio para medir los valores de colesterol, triglicéridos, HDLc, LDLc. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16, para la asociación la prueba del Chi cuadrado y el efecto V de Cramer. Revelando el estudio que la mayoría de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 se encuentran en familias moderadamente funcionales con valores de colesterol total, triglicéridos, HDL normales, con un LDL alto en una proporción ligeramente mayor; y, al relacionar estas variables no se encontró una relación estadísticamente significativa. En conclusión, a pesar del tipo de funcionalidad familiar este no guarda relación con el descontrol del perfil lipídico en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.²

Ariza y cols. (2005) en su estudio Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2, realizado en Cartagena, Colombia, un estudio descriptivo transversal con análisis de casos y controles. Fuente de información secundaria. Se estudiaron 157 historias clínicas y tarjetas familiares de pacientes diabéticos tipo 2. Se estableció el grado de control metabólico mediante la HBA1C. Se caracterizó la población por variables socio-demográficas y por la relación entre el control metabólico y los factores de riesgo en estudio. Como resultados se obtuvo que el 83.41% de los pacientes son mayores de 50 años, con una media de 62.7 años. El 63.1% cursó educación secundaria; el 51.6% está en sobrepeso (promedio de IMC: 27.4); el 69.4% es hipertenso y el 66.2%, mostró disfunción familiar leve (APGAR 14-17). Tienen un mal control metabólico el 62.4% de la población estudiada. Se encontró tendencia a la asociación entre el mal control metabólico y la disfuncionalidad leve (Apgar Familiar 14-17), y se obtuvo un OR de 3.3 (IC 95%

1.24-8.83) para los que tenían disfuncionalidad y mal control y un valor de la probabilidad del Chi-cuadrado de 0.0175. Sus conclusiones fueron que el 62.4% de la población estudiada tiene mal control metabólico, predominando en ellos el ser mayores de 60 años, del sexo femenino; educación secundaria; nivel socioeconómico medio, que seguían tratamientos combinados. El factor de riesgo que mostró tendencia a la asociación fue la disfunción familiar.³

Cabezas y Cols. (2013), en su estudio Disfunción familiar y su correlación con el estado metabólico en un club de pacientes con diabetes tipo 2 en Quito-Ecuador, un estudio de tipo analítico transversal en pacientes con DM2 pertenecientes al Club de Pacientes del Centro de Salud de Chimbacalle, donde el objetivo fue estimar la correlación entre el control metabólico y la disfunción familiar, los resultados obtenidos fueron que se estudiaron 274 pacientes (edad media 59.9 ± 11.7 años; 80.6% mujeres). El promedio del tiempo de enfermedad fue 7.5 ± 6.7 años; para la HbA1c fue $7.79\% \pm 1.76\%$ y del APGAR 15.2 ± 6.02 puntos. 41.6% de los pacientes tuvieron un buen estado metabólico. En el análisis de correlación del APGAR familiar (puntaje total y por ítems) frente a las variables demográficas y clínicas no hubo valores estadísticamente significativos. En el análisis mediante los puntos de corte del APGAR familiar, solamente existieron diferencias estadísticamente significativas en los años de enfermedad y HbA1c entre los sujetos con disfunción grave y moderada, y en las cifras de triglicéridos entre los pacientes con disfunción grave y normo-función. Como conclusión: No se evidenció una relación entre la disfunción familiar y el control metabólico. Posiblemente la contribución del equipo de salud para el control de la DM2 en su papel educativo y asistencial condiciona que pese a la percepción individual de disfunción familiar los pacientes tengan un control adecuado de la enfermedad.⁴

Cano y Cols. (2016), en su estudio Factores protectores y de riesgo en las complicaciones cardiovasculares de los diabéticos de 40 a 79 años. Loja 2016, estudio donde se buscó evaluar cómo influye la funcionalidad familiar, los factores clínicos y socioeconómicos en la presencia de complicaciones cardiovasculares de

los pacientes diabéticos de 40 a 79 años de Loja, estudio de casos y controles realizado en 500 individuos con diagnóstico de diabetes mellitus 2 (DM2), denominando casos aquellos que tienen complicaciones cardiovasculares y controles los que no presentan dicha complicación. Se aplicó el cuestionario de valoración de funcionalidad familiar (FFSIL); para determinar la adherencia terapéutica se aplicó el test de Morisky-Green; para los aspectos socioeconómicos se aplicó la encuesta del INEC y para las características clínicas se usó encuestas propias como exámenes de laboratorio. 362 de los participantes no presentaron complicaciones cardiovasculares y 138 fueron los que presentaron dicha complicación, con edad promedio de 61 años, predominando el género femenino, con inicio de la enfermedad entre los 40 a 64 años, con familias funcionales mostrando buen control metabólico menos de la mitad, la instrucción primaria impera en este grupo, con un nivel socioeconómico medio típico así como el estrés que está presente en las familias disfuncionales moderadas. Concluyendo el mal control de la tensión arterial, tiempo de evolución mayor a 10 años, la presencia de comorbilidades, la dislipidemia con predominio de HDL y la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes se asocian con un mayor riesgo de presentar ECV en sujetos diabéticos. Sin embargo aquellas personas que tienen disfuncionalidad familiar, mal apoyo familiar, y estados de depresión, ansiedad y estrés presentaron asociaciones positiva con mayor riesgo de ECV sin alcanzar significación estadística.⁵

MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

I. LA FAMILIA

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Como parte de sus responsabilidades es la de guiar y proteger a sus miembros, su estructura puede ser diversa y dependerá del contexto en que se ubique.⁶

La definición más aceptada y referida en el ámbito de la salud es la que establece la Organización Mundial de la Salud, quien define a la familia como: “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.⁷

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, declara: “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.⁷

De acuerdo al Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005 en la ciudad de México, define a la familia como: “La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad”.⁷

Según Fishman (1995) la familia, como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios. Al respecto, Minuchin y Fishman (1993) señalan que es un contexto natural para crecer y para recibir auxilio; un sistema vivo que intercambia información interna y externamente donde las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia, pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en la que la transformación cambie el funcionamiento siendo o no capaz de superar las alteraciones y exigencias del medio.⁸

CICLO VITAL FAMILIAR

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que en base a esto se considera que no existen formas correctas o incorrectas de pasar por cada una de las diferentes etapas, por lo que se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en donde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior.⁸

ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR

Las etapas evolutivas que marcan el desarrollo de una familia y le permiten adaptarse a las diferentes exigencias del medio y de sus individuos. Por lo tanto cada fase tiene para el grupo una serie de tareas, que se dan como parte del propio desarrollo natural de cada individuo por la demanda del contexto sociocultural, siendo estas asimiladas por la familia y permitiéndoles la transición entre cada una de las etapas. Según Geyman, este ciclo presenta 5 fases, identificadas y divididas de la siguiente forma:

1. Matrimonio: inicia cuando se une una pareja y termina con la llegada del primer hijo
2. Expansión: comienza con la llegada del primer hijo y termina cuando este mismo entra a la escuela e inicia la convivencia fuera del núcleo familiar.
3. Dispersión: inicia con la socialización secundaria y termina con la salida de uno de los hijos del núcleo familiar.
4. Independencia: comienza con la salida del primero de los hijos del hogar y termina con la salida del último, ya en el entendido de que no regresa al núcleo.
5. Retiro y muerte: inicia cuando el último de los hijos sale del núcleo familiar y termina con la enfermedad, invalidez, jubilación o muerte de alguno de los conyugues.⁹

CRISIS DE LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL

Las etapas por la que atraviesan las familias implican una serie de crisis o estresores, los cuales pueden ser normativos (por ejemplo, la transición entre una etapa y otra) o no normativos (enfermedad crónica temprana de uno de los conyugues), y de acuerdo a la frecuencia y la magnitud percibida de estos eventos, será su determinación en el futuro familiar y en la manera en que se enfrentan posteriores adversidades. Tenemos entonces con lo anterior que las crisis normales del desarrollo posibilitan a la familia el logro de los objetivos y tareas de cada una de las etapas; en cambio, las no normativas pueden generar disfunciones o síntomas que alteren el funcionamiento normal de la familia y por consiguiente, el tránsito de una etapa a otra.⁹

Es importante recordar, que las crisis se dan cuando se requiere un cambio en las reglas, normas y la comunicación familiar, y cuando no se maneja adecuadamente estas demandas, la familia puede experimentar disfunción. De ahí la importancia de desarrollar una comunicación fluida y comportamientos flexibles a las necesidades del medio, por parte de todos los miembros, de tal manera que se conserve la integridad familiar.⁹

Más aún, se espera que las familias no sólo han de sobrellevar los momentos que se presentes durante su ciclo, sino que además sean el soporte a las diversas crisis evolutivas o inesperadas que se viven.⁹

TIPOS DE FAMILIA

La estructura de la familia está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o según los acontecimientos vitales estresantes.⁹ Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia:

- Familia extensa. Más de dos generaciones en el mismo hogar.

- Familia nuclear. Aquella formada por padres e hijos.
- Familia nuclear con parientes próximos en la misma localidad.
- Familia nuclear sin parientes próximos.
- Familia nuclear numerosa.
- Familia nuclear ampliada. Es decir, con parientes o con agregados.
- Familia monoparental. Es decir, un solo cónyuge con sus hijos.
- Familia reconstituida. Aquella formada por dos adultos, en la que al menos uno de ellos trae un hijo nacido de una relación anterior.
- Personas sin familia. O sea, persona que vive sola.
- Equivalentes familiares: personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional.¹⁰

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Podemos reconocer las siguientes funciones:

- Socialización: favorecer las condiciones en los miembros de la familia para el desarrollo biopsicosocial de su persona y que esto a su vez propicia la réplica de los valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que condiciona la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: proveer nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.¹¹

II. **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que llega a atravesar. Respecto al cumplimiento o no de sus determinadas funciones se habla de una familia funcional o disfuncional.¹¹

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

En la actualidad el evaluar la funcionalidad familiar es de suma relevancia dada la necesidad del estudio de la familia en su totalidad, siendo la evaluación de esta una herramienta clave de la medicina familiar.¹¹

Para el estudio de la funcionalidad familiar nos basaremos en varios modelos, como son:

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

En la década de los setenta aparece La Teoría General de los Sistemas (TGS) descrita por Von Bertalanffy quien da una explicación de la organización de muchos fenómenos naturales, entre ellos la familia. Indicando que un cambio en una parte del sistema provoca un cambio en todos los demás elementos y en el sistema total.¹²

En lo que respecta a los seres humanos se habla de un sistema relacional, constituido por una o más unidades que se encuentran vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unida va seguido por un cambio en el resto de las unidades que lo componen.¹²

Clasificación de los sistemas:

- **Sistemas abiertos:** Estado característico de los organismos que intercambian material con su medio ambiente; mediante entradas y salidas de materiales se producen cambios de componentes, las concepciones previas sobre el estado de equilibrio que mantiene un organismo dan lugar a la idea de un estado constante. Por lo que se considera que este tipo de sistema donde existe entrada y salida de información produce cambios en su estructura,

también existe flexibilidad en sus reglas y los miembros que la integran están dotados de cierta independencia.¹²

- Sistema cerrado: se considera de este tipo si no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, tales como información, calor, materiales físicos, etc. Y por ende no hay cambio de componentes. Es decir, funciona con máximo de entropía y un mínimo de energía a fin de mantener su equilibrio. Es entonces aquel sistema resistente al cambio, a las influencias externas; donde impera para su funcionamiento un reducido número de ideas que se imponen a través de reglas rígidas.¹²

Desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, el estudio de la familia permite considerarla como un sistema dinámico y constante que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a cada una de ellas, por lo que la familia tendría un lugar importante no solo como generador de enfermedad sino además en el proceso de rehabilitación y/o recuperación esto a medida que se cumplan con las funciones básicas. En el caso específico de la familia los elementos que la integran al interrelacionarse los unos con los otros producen una organización biopsicosocial en constante cambio y crecimiento.¹²

MODELO ESTRUCTURAL

El modelo estructural de terapia familiar, fue desarrollado en la década de 1970-1979 por Salvador Minuchin, la figura central de este modelo es la estructura, la cual ha sido definida por Minuchin como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia, es decir, que el sistema familiar se expresará a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma.¹³

Los elementos que se deben considerar para hacer el diagnóstico de la estructura familiar son: Los límites, los subsistemas, el ciclo evolutivo de la familia, las alianzas y coaliciones familiares, problemas de distribución jerárquica del poder, el tipo de límites intra y extra familiares; la flexibilidad al cambio, fuentes de apoyo y estrés, y la forma en que el síntoma es aprovechado para mantener sus interacciones.¹³

En cuanto a los límites estos los definen como: Reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en que cualquier persona ajena a este pueda acceder, con la finalidad de mantener un equilibrio y armonía. Sirven como guía, al ser como líneas imaginarias que enmarcan los deberes y obligaciones. Es importante conocer la claridad con la que se encuentran establecidos los límites ya que esto constituye un parámetro de evaluación sobre la funcionalidad familiar. Existe una subclasificación de los límites en este modelo: ¹³

- Límites rígidos: Difíciles de alterar en algún momento determinado, es característica de las familias desligadas.
- Límites difusos: Son difíciles de determinar, porque no definen reglas de interacción, es característica de las familias aglutinadas.
- Límites claros: son permeables, fortalecen las jerarquías, se desarrolla el sentido de pertenencia al grupo familiar, existe intercambio de información con otros sistemas.¹³

El rol se refiere a las expectativas y normas que un grupo social (en este caso la familia) tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular, incluye actitudes, valores y comportamientos adscritos por la sociedad a todo que se ubique en ese lugar específico de la estructura familiar.¹³

La jerarquía se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, y marca la subordinación o supra-ordinación de un miembro respecto a otro. Es decir, como

define la función del poder y sus estructuras de la familia, orilla a una diferenciación de los roles de padre e hijos y sirve como fronteras entre las diferentes generaciones.¹³

La alianza designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema, es decir, que hace referencia a la percepción o experiencia de dos o más personas unidad en una empresa, interés, actitud, o conjunto de calores en común.¹³

Coaliciones hace referencia a cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de distintas generaciones aliadas contra un tercero.¹³

En este modelo se maneja el término de patología familiar definido como un déficit en las negociaciones acertadas de las presiones que se dan en el sistema familiar. Existen cuatro tipos de patologías: ¹³

a) Patología de fronteras

Se da cuando la conducta de límites o fronteras en los integrantes de un subsistema se vuelven inadecuadas, por el incremento de rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras e impiden el intercambio entre los subsistemas.¹³

b) Patología de alianzas o coaliciones

Se refiere a la desviación del conflicto, en ella existe un chivo emisario y coaliciones intergeneracionales adecuadas. Estas a su vez son de dos tipos: Desviación del conflicto donde los padres no aceptan conflictos entre ellos pero se unen en contra de un hijo o subunidad de hijos. Otra más son las coaliciones intergeneracionales donde la estrecha alianza de un progenitor con un hijo en contra de otro progenitor.¹³

c) Patología de Triángulos

La triangulación señala que dos progenitores están en conflicto manifiesto e intentan ganar el apoyo de un hijo connota un conflicto de lealtades.¹³

Coalición progenitor hijo: es un conflicto parental visible. Uno de los progenitores se alía a los hijos contra el otro progenitor.¹³

d) Patología de Jerarquías

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es la fuente más destructora de la estructura familiar, es una forma especial de patologías de alianza.¹³

MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON

Postulado por David Olson en 1979, este modelo es un intento de integración entre la teoría, la investigación y la práctica en la medicina de familia. En este se realiza una evaluación de la tipología familiar en base a 3 dimensiones:

1. **Cohesión:** es el lazo emocional que une a los miembros de la familia, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. En esta se evalúa: vinculación emocional, independencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, adopción de decisiones, interés y recreación.
2. **Adaptabilidad:** la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales. En esta se evalúan: poder, estilos de negociación, así como posible intercambio y modificación de roles y reglas de las relaciones.
3. **Comunicación:** encargada de facilitar el movimiento de la cohesión y adaptabilidad, siendo un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. La comunicación dentro de la familia puede conseguirse usando: Mensajes verbales, no verbales e implícitos. Cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad se ve entorpecida.¹⁴

Con el objetivo de facilitar la relación entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias, se dio origen a la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III).¹⁴

En lo que respecta a la cohesión y la adaptabilidad estas son curvilíneas, lo que implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. Lo que se refiere a Cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada alta), familias separadas (cohesión moderada baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad por otro lado constituye a las familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).¹⁴

Por lo que se considera que una familia funcional la cual se somete a diversos eventos críticos, tanto normativos como paranormativos, es capaz de moverse dentro del modelo sin alterar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad.

III. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Dentro de las múltiples funciones por realizar para el Médico Familiar encontramos además diversas herramientas básicas las cuales le sirven de apoyo para durante la consulta poder identificar de manera oportuna conductas, acciones y síntomas en el paciente y su familia, lo cual le permita la pronta detección de alguna patología y así poder brindar estrategias para poder mejorar el entorno del paciente y su familia.¹⁵

EMMA ESPEJEL

Este instrumento de medición de evaluación familiar de Espejel y col., surge como resultado de varios diseños previos que se realizaron en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Su confiabilidad es alta, realiza una adecuada discriminación de las familias funcionales de las que no lo son, este consta de 40 preguntas que exploran las siguientes áreas de la estructura familiar: autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos. La aplicación de esta herramienta de evaluación se realiza a través de una entrevista abierta y dirigida, es necesario que el entrevistador

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuenta con los suficientes conocimientos sobre los conceptos teóricos y técnicos que fundamentan la estructura del cuestionario, esto además de calidad en la observación, sensibilidad, empatía y habilidad para obtener resultados precisos en la evaluación familiar. ¹⁵

MODELO DE McMASTER

Modelo propuesto en 1962 por Nathan B. Epstein, Lawrence M. Baldwin y Duane S. Bishop, en este se aprecia una conceptualización de las familias orientada de manera clínica, hay un enfoque sistémico y apoya la idea de que ello es un factor importante para determinar la salud en un nivel emocional de los miembros de la familia como individuos; surge para describir las propiedades estructurales y organizacionales de la familia, además de los patrones en las transacciones que permite distinguir entre familias saludables y no saludables. ¹⁶

La evaluación de las familias se realiza mediante un instrumento llamado Family Assessment Device (FAD), el cual abarca una amplia variedad de dimensiones clínicamente significativas y consta de seis escalas, las cuales son: ¹⁶

1. Solución de problemas: capacidad de la familia para resolver situaciones tanto afectivas como instrumentales sin que se afecte su funcionalidad.
2. Comunicación: Intercambio de información instrumental o afectiva que se da dentro de la familia. Hay que evaluar si esta es clara o enmascarada al igual si es directa o indirecta.
3. Roles Familiares: Son aquellos patrones de conducta repetitivos, con la finalidad de cubrir una determinada función familiar y estos son definidos acorde a la interacción propia entre los miembros de la familia.
4. Respuestas afectivas: se refiere al tipo de emociones o sentimientos de bienestar y/o angustia que entre miembros de la familia permite que se expresen.

5. Involucramiento afectivo: en este se identifican 6 tipos de involucramiento: ausencia de involucramiento, desprovisto de sentimiento, narcisista, empático, sobreinvolucrado y simbólico.
6. Control conductual: Evalúa los métodos que la familia utiliza para el manejo de la conducta entre sus miembros.¹⁶

APGAR FAMILIAR

Es un instrumento de evaluación familiar que se elaboró por Smilkstein en 1978 con el fin de obtener información relacionada con la situación funcional de las familias, este se conforma de cinco reactivos, los cuales se aplican mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos con la finalidad de detectar la existencia de variaciones.¹⁷

Es un instrumento válido y confiable, es de utilidad para determinar si la familia representa o no un recurso para el paciente, o si es que más bien llega a contribuir en su enfermedad. Este no se utiliza de manera habitual en la consulta de medicina familiar debido a que se considera muy escasa la información obtenida por lo que al aplicarse casi siempre debe de optarse por complementar con algún otro instrumento lo que disminuye su practicidad.¹⁷

TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

Instrumento que permite diagnosticar la percepción del funcionamiento familiar, esto según la dinámica relacional sistémica que existe entre los miembros de una familia, a través de la percepción de uno de los miembros. Este test de evaluación fue diseñado en 1994, sus características principales son que es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que puede ser aplicado por cualquier tipo de personal.¹⁸

Las diferentes dimensiones que se evalúan al aplicar este instrumento son:

1. Cohesión: es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones así como en la toma de decisión de las tareas de la vida diaria.

2. Armonía: esta se refiere a la correspondencia que existe entre los intereses y necesidades individuales con los de la propia familia, en un equilibrio emocional positivo.
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. Adaptabilidad: habilidad para cambiar relación de roles, reglas así como poder, ante una situación que lo requiera.
5. Afectividad: capacidad que poseen los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos así como emociones positivas los unos a los otros.
6. Rol: cada miembro de la familia cumple con ciertas responsabilidades y funciones asignadas pero a su vez negociadas por el núcleo familiar.
7. Permeabilidad: es la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.¹⁸

La validez del instrumento se realizó en La Habana, Cuba; en 1994. La estimación de la validez incluyó tres aspectos: la de contenido, la de criterio, y la de construcción. El estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0.93, el análisis de la consistencia interna es elevado ($\alpha = 0,85$), lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento. Por lo que cabe esperar una alta correlación entre los ítems. Se ha utilizado en varios países, entre ellos México.¹⁸

CATEGORIAS	ITEMS
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

Tabla 1. Categorías distribuidas en el Test FF SIL⁴⁹

Se compone por 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta. ¹⁸

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar.¹⁸

70 a 57	Familia funcional
56 a 43	Familia moderadamente funcional
42 a 28	Familia disfuncional
27 a 14	Familia severamente disfuncional

Tabla 2. Nominación cualitativa del instrumento FF-SIL⁴⁹

DISLIPIDEMIAS

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, C-HDL y C-LDL en sangre, que participan como factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular. Se clasifican en primarias y secundarias, el primer grupo lo constituyen trastornos caracterizados por defectos en las enzimas, receptores o metabolitos que participan en la síntesis y eliminación de las lipoproteínas, la más frecuente es la hipercolesterolemia familiar, seguida por hiperlipidemia familiar combinada, disbetalipoproteinemia e hipertrigliceridemia familiar. El segundo grupo incluye alteraciones en los lípidos como consecuencia de otras enfermedades: diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, uso de algunos fármacos.^{1, 19}

La enfermedad cardiovascular (enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular y arterial periférica) es la principal causa de muerte a nivel mundial, en 2012 causó 17.5 millones de muertes, 7.4 millones fueron por infarto del miocardio y 6.7 millones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

debido a enfermedad cerebrovascular, además causó el 46% de muertes secundarias a enfermedades no transmisibles y un 37% de muertes prematuras en menores de 70 años, siendo la mayoría prevenibles. Para el 2030 se proyecta una mortalidad de 22.2 millones.¹

En este sentido, el control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular es la principal estrategia para disminuir la morbi-mortalidad por esta causa. Existen los modificables como tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad y los no modificables como la edad (hombres mayores de 45 años y mujeres de 55 años), sexo, raza, antecedente de cardiopatía isquémica prematura en primer grado (hombres menores de 55 años o mujeres de 65 años). Es por ello que el control de la dislipidemia, sobre todo la elevación del colesterol-LDL (C-LDL), toma tal relevancia para disminuir la presentación de enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, al reducir los niveles de C-LDL 39 mg/dl, se lograra una disminución de 20% en la incidencia de eventos cardiovasculares, tanto en hombres como en mujeres (Cholesterol Treatment Trialists, 2015). Como resultado de la expansión industrial y agricultura, se ha provocado que la población actual tenga niveles más elevados de C-LDL, donde se acepta como normal de 100 a 160 mg/dl, pero al ser comparado con adultos primates saludables, quienes tienen niveles de C-LDL de 40 a 80 mg/dl, se refleja el incremento paulatino en las últimas décadas. El estudio Framingham demostró que hombres y mujeres con un C-LDL mayor de 160 mg/dl desarrollan 1.5 veces más enfermedad cardiovascular comparado con población con C-LDL menor de 130 mg/dl. De igual forma, en el estudio de comunidades en riesgo de aterosclerosis (ARIC, por siglas en inglés) por cada aumento de 39 mg/dl del C-LDL, aumenta 40% el riesgo de un evento cardiovascular.¹

En México, según la ENSANUT 2006, la prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol total mayor a 200 mg/dl) es del 43.6% en mayores de 20 años (Olaiz-Fernandez G, 2006), de manera similar, el estudio CARMELA reportó una

prevalencia de 50.5%, esta prevalencia se incrementa con la edad y es mayor en hombres, a excepción del grupo de 55 a 64 años, donde fue mayor en mujeres.¹

Es importante resaltar que la asociación de dislipidemia con otros factores de riesgo cardiovascular, como diabetes, hipertensión, obesidad y tabaquismo, incrementan el riesgo de cardiopatía isquémica. De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en 2015 la mortalidad cardiovascular en México fue de 292 por cada 100,000 habitantes, considerándose un país de alto riesgo para muerte asociada a enfermedad cardiovascular. Ésta última, ocurre prematuramente, ocasionando que los sobrevivientes tengan una calidad de vida deteriorada, requieran cuidados de salud a largo plazo y reducción de su capacidad laboral (OECD 2015). De igual forma, los años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema cardiovascular en 2011, fueron de 728 por cada 100,000 habitantes, 25% por encima del promedio de países de la OCDE. Por otro lado, los costos para enfermedad cardiovascular, diabetes y obesidad fueron de 40 billones de pesos en 2006, lo que corresponde a un 7% del gasto total para salud, del cual, 55% de este se destina para aquello relacionado con enfermedad cardiovascular. Se estima que para el 2030 los costos para enfermedad cardiovascular y cerebrovascular serán de 557 millones de dólares y de 797 millones de dólares en el 2050.¹

En cuanto a la terapia farmacológica para hipercolesterolemia, la primera línea de manejo es el grupo de estatinas, disponibles desde 1987, ampliamente prescritas, bien toleradas y han demostrado la reducción de eventos cardiovasculares, tanto en prevención primaria como en secundaria. Los niveles de C-LDL disminuyen de 20 a 60% dependiendo de la dosis. Además se han descrito otros efectos positivos de las estatinas, tales como mejoría en la disfunción endotelial, incremento en la biodisponibilidad del óxido nítrico, propiedades antioxidantes e inhibición del proceso inflamatorio. No obstante, al menos 50% de los pacientes discontinúan la terapia con estatinas en el primer año, debido al costo o los efectos adversos relacionados y hasta un 25% de pacientes en prevención primaria lo abandonan

después de 2 años por no estar convencidos de requerir tratamiento. También es importante conocer que a pesar de dosis altas de estatinas hasta un 13% de los pacientes no alcanza concentraciones de C-LDL menores de 100 mg/dl y más de un 40% no llega a niveles menor a 70 mg/dl, por lo cual necesitan terapia de adición como ezetimiba, secuestradores de ácido biliares o inhibidores de PCSK9.^{1,19}

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISLIPIDEMIAS

Nuestro país cuenta con tres encuestas nacionales (1994, 2000 y 2006) en que se han medido la concentración de los lípidos sanguíneos en los adultos mayores de 20 años. La hipoalfalipoproteinemia (colesterol-HDL <40 mg/dL) es la dislipidemia más común (población total 60.5%, hombres 68.1%, mujeres 53.9%). Esta anomalía es más frecuente en el sur del país, en individuos con sobrepeso o diabetes. La prevalencia encontrada en México es una de las más altas de las informadas en encuestas con cobertura nacional; la tasa no se ha modificado en el periodo comprendido por las encuestas. La hipercolesterolemia es la segunda anomalía más frecuente (población total 43.6%, hombres 39.3%, mujeres 47.2%). El número de casos ha aumentado, en especial, entre las mujeres mayores de 50 años. Su prevalencia es mayor en el norte y el centro del país. La prevalencia de hipercolesterolemia es menor en México comparado con la informada en Estados Unidos, sin embargo, la diferencia desaparece al ajustar por edad. La prevalencia de la hipertrigliceridemia es 31.5%, y es más común en los hombres, en las personas con obesidad o diabetes. La prevalencia de hipertrigliceridemia es proporcional a la edad y es mayor en los hombres (36.9% vs 26.9%). El tabaquismo, el sedentarismo, la diabetes y un índice de masa corporal superior a 25 kg/m² son condiciones asociadas a la hipertrigliceridemia.^{1,19}

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico clínico de las dislipidemias se basa en los niveles séricos de las lipoproteínas y de sus lípidos o el depósito de ellos en la piel y tendones.

Se recomienda evaluar los niveles de colesterol total, triglicéridos y colesterol-HDL en todos los pacientes adultos. Las mediciones no deben realizarse en los sujetos que en las últimas seis semanas hayan sufrido estrés físico, incluidas enfermedades intercurrentes agudas, cirugía o pérdida de peso. En relación con los límites de normalidad de los lípidos, se ha considerado su evaluación con base en el riesgo cardiovascular: ^{1,19}

- **Colesterol HDL:** se consideran niveles bajos de colesterol-HDL cuando estos se encuentren por debajo de 40 mg/dL. No obstante, se recomienda usar el juicio clínico en los sujetos que tienen como único factor de riesgo cardiovascular una concentración de colesterol-HDL entre 35 y 40 mg/dL o en las mujeres que tengan otros factores de riesgo cardiovascular cuyo colesterol-HDL se encuentre entre 40 y 46 mg/dL.
- **Triglicéridos:** el Adult Treatment Panel III Guidelines ha identificado la elevación de los triglicéridos como un factor de riesgo independiente. No obstante, hay controversia en relación con esta aseveración. Los mecanismos conocidos de la asociación de hipertrigliceridemia con aterosclerosis son múltiples. La hipertrigliceridemia se relaciona con mayor prevalencia de diabetes, obesidad e hipertensión arterial. El punto de corte sugerido por el Adult Treatment Panel III Guidelines es en 150 mg/dL, el cual se basa en las siguientes condiciones:
 - La prevalencia del patrón B (causado por la acumulación de subclases pequeñas y densas) de las lipoproteínas de baja densidad, anormalidad reconocida como un factor de riesgo cardiovascular. Las dislipidemias aterogénicas como la hiperlipidemia familiar combinada o la causada por el síndrome metabólico se relacionan con valores de triglicéridos entre 150 y 200 mg/dL. La prevalencia de hipoalfalipoproteinemia aumenta exponencialmente por arriba de este punto de corte. En México, 17.9 % de los adultos tiene una concentración de triglicéridos de ayuno entre 150 y 200 mg/dL. Las categorías de las cifras anormales de los triglicéridos son:
 - Límitrofes, de 150 a 199 mg/dL.
 - Altas, de 200 a 499 mg/dL.

- Muy altas, ≥ 500 mg/dL.

- Colesterol total y colesterol-LDL: el Adult Treatment Panel III Guidelines considera como normales los niveles inferiores a 200 mg/dL, límitrofes cuando se encuentran entre 200 y 239 mg/dL y altos cuando son ≥ 240 mg/dL. Para fines de la identificación de los casos de riesgo, un nivel de 200 mg/dl ya define a un paciente con hipercolesterolemia.

FACTORES DE RIESGO

En primer nivel de atención se recomienda la determinación de niveles de triglicéridos y colesterol total a manera de tamizaje a los mayores de 20 años sin factores de riesgo cardiovascular asintomáticos y repetir cada 5 años en caso de ser normales.^{1,19}

Asimismo, se registran los factores de riesgo cardiovascular identificados en los estudios epidemiológicos: edad, sexo masculino, tabaquismo, diabetes mellitus, nivel de colesterol, niveles de colesterolHDL, presión sanguínea, historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (en sujetos menores de 60 años), biomarcadores de inflamación, sobrepeso y obesidad.^{1,19}

La evaluación de un paciente con dislipidemia incluye la historia clínica con búsqueda intencionada de las siguientes condiciones:

- Enfermedades cardiovasculares relacionadas con la aterosclerosis.
- Historia de enfermedad cardiovascular prematura en familiares de primer grado (hombres < 55 años o mujeres < 65 años), pancreatitis, obesidad, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia (colesterolHDL < 40 mg/dL).
- Tabaquismo, alcohol, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico.
- Uso de medicamentos que modifiquen el perfil de los lípidos.
- Causas secundarias de dislipidemia (hipotiroidismo, síndrome nefrótico, colestasis, insuficiencia renal, hiperglucemia).

Los individuos con niveles muy altos de triglicéridos (400 mg/dL) y aquellos con cifras superiores a 900 mg/dL tienen un riesgo incrementado de pancreatitis aguda y deben ser tratados por esta razón. En las mujeres pre y posmenopáusicas, la decisión de iniciar tratamiento debe basarse en su diagnóstico etiológico.^{1,19}

En los pacientes con hipertrigliceridemia se debe evaluar la ingesta de alcohol y la presencia de diabetes e hipotiroidismo, para controlar estas condiciones subyacentes que pueden afectar el tratamiento.^{1,19}

Tanto el Consenso Europeo como la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología proponen clasificar las dislipidemias en hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperlipidemia mixta e hipoalfalipoproteinemia. Esta calificación es útil para hacer el diagnóstico diferencial de las dislipidemias.^{1,19} Adicionalmente, deberá ser posible establecer el tipo de dislipidemia para determinar si es primaria o secundaria. En la dislipidemia secundaria, la prioridad es reducir los niveles séricos de triglicéridos para disminuir el riesgo de pancreatitis.^{1,19}

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen seis grupos de medicamentos: inhibidores de la enzima hidroximetilglutaril coenzima A reductasa (estatinas), inhibidores de la absorción del colesterol (ezetimiba), secuestradores de ácidos biliares, derivados del ácido nicotínico niacina, derivados del ácido fíbrico (fibratos) y ácidos grasos omega-3. Las estatinas son los medicamentos más estudiados en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Un gran número de estudios han demostrado que disminuyen el riesgo de morbimortalidad cardiovascular, tanto en la prevención primaria como en la secundaria; también se ha demostrado que disminuyen la progresión de la aterosclerosis coronaria.^{1,19}

La ezetimiba es el primer fármaco que disminuye los lípidos e inhibe la absorción intestinal de colesterol en la dieta y ácidos biliares, sin afectar la absorción de nutrientes de las grasas solubles, así como la absorción del colesterol a través del borde intestinal en cepillo (en interacción con las proteínas NPC1L1). Es un efectivo reductor del colesterol-LDL, sobre todo en combinación con las estatinas, más su empleo requiere la valoración del médico especialista.^{1,19}

Los fibratos son agonistas del receptor alfa del activador de la proliferación de los peroxisomas, actúan en la vía de los factores de transcripción del metabolismo de los lípidos, tienen una gran eficacia en la disminución de los triglicéridos en ayuno y posprandial y de las lipoproteínas ricas en triglicéridos, pero su efecto en el colesterol-HDL es modesto. También disminuyen los niveles de los triglicéridos al aumentar la actividad de la lipoproteína lipasa, que hidroliza los triglicéridos de las LDL. Si bien disminuyen la incidencia del infarto no fatal, en la enfermedad cardiovascular su eficacia versus la de las estatinas no es tan buena. Si bien los fibratos son bien tolerados, pueden ocasionar efectos gastrointestinales (menos de 5 %) y rash (2 %). El riesgo de miopatía ha sido informado en 5.5 % con el uso de fibratos y estatinas.¹

El papel de los triglicéridos como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares ha sido controversial, pero se ha demostrado que las lipoproteínas ricas en triglicéridos son un factor de riesgo cardiovascular.¹

El riesgo de pancreatitis es significativo si los triglicéridos son $> 10 \text{ mmol/L}$ ($> 880 \text{ mg/dL}$) y los pacientes sintomáticos ameritan manejo hospitalario con restricción de la ingesta de calorías y grasas (recomendado 10 a 15 %) y abstinencia de alcohol. Debe iniciarse el tratamiento con fibratos (fenofibratos) con ácidos grasos omega-3 (2 a 4 g/día) como terapia conjunta o ácido nicotínico. En los diabéticos, debe iniciarse el tratamiento con insulina para un control adecuado de la glucemia. Por lo general, se observa un rápido descenso de las concentraciones de los triglicéridos en dos a cinco días.¹

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las estatinas son los medicamentos de primera elección en la hipercolesterolemia aislada, con mayores propiedades para disminuir el colesterol-LDL. Se recomiendan las dosis más altas o las máximas toleradas para alcanzar el nivel objetivo. Si existe intolerancia, puede considerarse el uso de secuestradores de ácidos biliares, el ácido nicotínico o la ezetimiba, sola o en combinación con los anteriores.¹

La decisión de combinar una estatina con un fibrato debe ser individualizada y se indicará solo cuando su empleo esté sustentado. En los pacientes con alto riesgo, como aquellos con hipercolesterolemia primaria (homocigota o heterocigota) o con intolerancia a las estatinas, pueden considerarse otras combinaciones.¹

El empleo combinado de fibratos y estatinas se relaciona con mayor riesgo de miopatía; por ello, la combinación está contraindicada en los pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de miopatía (hipotiroidismo, insuficiencia renal, empleo de ciclosporina, eritromicina o itraconazol). Los fibratos están contraindicados en pacientes con daño severo hepático o renal o enfermedad de vesícula biliar. Se recomienda la medición de la concentración de la creatinina en los primeros 10 días del tratamiento y en las visitas subsecuentes.¹

METAS TERAPÉUTICAS

La corrección de los niveles de las LDL es prioritaria para el manejo del riesgo cardiovascular. La reducción de cada 40 mg/dL de colesterol-LDL se relaciona con 22 % de disminución en la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular. En la mayoría de los pacientes, se logra con monoterapia con estatinas. Por lo tanto, en los pacientes con riesgo cardiovascular muy alto, la meta es alcanzar < 70 mg/dL de colesterol-LDL o reducir 50 % sus niveles basales. La meta en los pacientes con alto riesgo cardiovascular se extrapoló en varios ensayos

clínicos; 2.5 mmol/L de colesterol-LDL (< 100 mg/dL) es el nivel indicado para este grupo de pacientes.^{1,19}

Las metas secundarias son relación de colesterol total/colesterol-HDL < 4 mmol/L, apoB/apoA1 < 0.8mmol/L, no colesterol-HDL < 3.5 mmol/L (< 130 mg/dL), proteína C reactiva < 2 mg/L y triglicéridos < 1.7 mmol/L (< 150 mg/dL). Si bien no hay metas específicas para los niveles del colesterol-HDL ni de los triglicéridos, el incremento del nivel del colesterol-HDL predice la regresión de la aterosclerosis y el nivel bajo de colesterol-HDL se relaciona con la ocurrencia de eventos cardiovasculares, aun cuando el colesterol-LDL sea inferior a 1.8 mmol/L (< 70 mg/dL).¹⁹

Las guías de prevención de la enfermedad cardiovascular recomiendan modular la intervención preventiva conforme el nivel de riesgo; asimismo, las metas pueden ser menos demandantes cuando el riesgo cardiovascular disminuye de muy alto a alto o moderado.¹⁹

Uno de los aspectos más controversiales en el tratamiento es alcanzar ciertos niveles de colesterol-LDL. Adult Treatment Panel III Guidelines recomienda metas estratificadas de acuerdo con el riesgo cardiovascular. Concentraciones < 100 mg/dL se indican en casos con cardiopatía isquémica o equivalente; valores < 130 mg/dL aplican a casos con dos o más factores de riesgo, pero con riesgo < 20 % a 10 años. Los individuos que pertenezcan a este grupo y con un riesgo calculado < 10 % son candidatos para tratamiento farmacológico si el colesterol-LDL es > 160 mg/dL. En contraste, si el riesgo es entre 10 y 20 %, el tratamiento farmacológico se inicia si el colesterol-LDL es > 130 mg/dL. Finalmente, en individuos con un factor de riesgo o sin factores de riesgo, la meta es un nivel de colesterol-LDL < 160 mg/dL.¹⁹

RELACION ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISLIPIDEMIAS

Los adultos mayores son un grupo vulnerable de la población con condiciones y necesidades que requieren mayor atención, y su vulnerabilidad aumenta al presentar patologías crónicas, siendo actualmente en nuestro país los principales motivos de consulta en medicina familiar la diabetes mellitus e hipertensión arterial las cuales guardan una estrecha asociación con las dislipidemias caracterizados por niveles elevados de colesterol LDL, triglicéridos y niveles bajos de HDL, aumentando así el riesgo cardiovascular, los mismos que pueden ser mejorados con un control multidisciplinario, mismo que no involucre solo el control metabólico, sino también la educación al paciente y a la familia.

Siendo importante en todo paciente con enfermedades crónicas primordialmente en especial el adulto mayor, el apoyo familiar y social los cuales benefician el cumplimiento de metas, para un adecuado control de la enfermedad, estilo y calidad de vida, disminuyendo de esta manera el riesgo de complicaciones sistémicas.¹⁵

JUSTIFICACIÓN

Magnitud e Impacto: Es de manera común que posterior al diagnóstico de una enfermedad del tipo que sea, suele desencadenarse una crisis familiar, en este caso hablando específicamente de las dislipidemias que suelen ser un condicionante de diversas complicaciones sistémicas agregadas al padecimiento crónico, incrementando de manera importante la posibilidad de eventos cardiovasculares así como cuadros de pancreatitis por mencionar algunas. Por lo anterior el paciente y su familia que ya tienen que lidiar de manera inicial la pérdida del estado de salud así como la incertidumbre y angustia ante lo desconocido de la enfermedad se agregan las complicaciones secundarias a dislipidemias, lo que aumenta el riesgo de morbilidad y muerte. Posteriormente la propia historia natural de la enfermedad condicionará nuevas

crisis familiares ante la presencia de complicaciones sistémicas. Por tanto es fundamental contar con redes de apoyo tanto social pero más importante aún familiar bien establecidas.

Como se plantea en varios de los estudios analizados la funcionalidad familiar es un pilar básico en la estabilidad emocional y de salud de una persona en la mayoría de los casos, pudiendo contribuir de manera tanto positiva como negativa en desarrollo y/o control de los niveles lipídicos, lo que a su vez derivará en la disminución o aumento de complicaciones.

La funcionalidad familiar es un punto clave que determinará la evolución de las diversas patologías de un individuo, tomando en cuenta este punto el poseer una familia funcional existirá un mejor nivel lipídico y así conseguir una mejor calidad de vida, retardar la aparición de complicaciones sistémicas y por tanto mejorar el pronóstico funcional, es por esto la necesidad de valorar la presencia de la funcionalidad familiar y su relación con las dislipidemias en los pacientes mayores de 50 años para así poder realizar acciones preventivas y realizar las modificaciones pertinentes en aquellos elementos que se encuentren disfuncionales en la familia.

En México, mediciones registradas en los últimos 30 años, muestran una fuerte tendencia en el aumento de sobrepeso y obesidad, así como de las dislipidemias. “Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, indican que la obesidad se asoció de forma importante con la hipertrigliceridemia, seguida de la hipercolesterolemia. La probabilidad de tener colesterol dañino (LDL) alto, colesterol saludable (HDL) bajo, triglicéridos elevados o cualquier combinación posible de estas condiciones, resultó cuatro veces mayor en adultos con obesidad que aquellos con peso normal. Por ello es que a mayor incidencia de obesidad y sobrepeso, aumentará la prevalencia de dislipidemias entre los mexicanos.¹⁹

Desde que fue reconocido como problema de salud por la Encuesta Nacional Sero-epidemiológica (ENSE) de 1988, la hipercolesterolemia se ha notificado cada vez más entre la población, esto se debe al aumento en el porcentaje de grasas como parte de la ingesta total de energía, en combinación con el consumo de bebidas altas en calorías y alimentos ricos en harinas refinadas.¹⁹ Por lo que ante el desmedido incremento de dislipidemias asociado a la alza en el índice de sobrepeso y obesidad de nuestra población, y las complicaciones que estas condicionan, es de suma importancia encontrar aquellos sistemas de apoyo familiar donde sea posible realizar una intervención con el fin de mejorar los niveles lipídicos, evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones y por lo tanto reducir gastos al sector salud así como la mejora de calidad de vida del paciente.

Trascendencia: La realización del presente estudio permitió determinar la relación entre la percepción de funcionalidad familiar y dislipidemias en pacientes mayores de 50 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1. En consecuencia, se pudieran diseñar estrategias para la intervención en la funcionalidad familiar lo que a su vez podrá favorecer los niveles de prevención o mejora según sea el caso de los niveles lipídicos.

Factibilidad: Fue factible llevar a cabo el presente proyecto porque no se requieren de recursos adicionales a los ya destinados a la atención de los pacientes mayores de 50 años; sólo se requirió la participación de los pacientes con su información general y contestar el cuestionario FF SIL, además del registro de su último perfil lipídico. Además, se tenía la capacidad técnica para llevarlo a cabo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución de seguridad social con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

desde su fundación en 1943. Es el pilar de la atención de la salud llevándose a cabo el primer nivel de atención en las Unidades de Medicina Familiar. Según los registros hasta 2016 cuenta con un total de 73,369 médicos, de estos en el área de medicina familiar 17,355 médicos, los cuales se encargan de cerca del 80% de la atención a los derechohabientes.²⁰

Según cifras del INEGI 2015 la población total en el estado de Aguascalientes es de 1,312,544 habitantes de los cuales un 55.7% son derechohabientes del IMSS. El número de unidades de Medicina Familiar a nivel nacional es de 1,506 unidades, mientras que en la delegación Aguascalientes, se cuenta con siete unidades primer nivel de medicina familiar de tipo urbanas y 5 de tipo rural.²¹

El total de pacientes que se atiende en la UMF 1 delegación Aguascalientes son 11,240 pacientes. La población total de pacientes con dislipidemias es de 120 mil habitantes en la ciudad de Aguascalientes siendo solo la mitad de estos los que reciben atención médica. El estado de Aguascalientes cuenta así con una población de pacientes con dislipidemias adscritos al IMSS de 46 000 personas. El total de pacientes con dislipidemia atendidos en la UMF 1 delegación Aguascalientes hasta el 2017 son 11,240 de los cuales hay una tasa de 147.3 pacientes con dislipidemia por cada 1 000 derechohabientes, con una mortalidad hasta el año 2016 de 51 muertes a consecuencia de la enfermedad enfermedades cardiovasculares secundarias y sus complicaciones.³⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2011 que 2,6 millones de muertes anuales tuvieron como factor de riesgo el colesterol elevado (≥ 190 mg/dl) y que su prevalencia en la población mundial para el 2008 era del 39 %, 54 % para Europa, 48 % para América, 30 % para Asia y 23 % para África. En América, la prevalencia de colesterol elevado en hombres oscila entre 31,8 y 56,1 %, y en las mujeres la prevalencia para la zona norte está entre 37,5 % y 54,3 %.²²

Las dislipidemias constituyen un grave problema actual ya que condiciona el incremento en la mortalidad por ser condicionante de enfermedades cardiovasculares, más aun en la actualidad con el alza en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tabaquismo, alcoholismo, así como enfermedades cronicodegenerativas por lo que el poder realizar detecciones tempranas permitirá realizar una prevención adecuada de las complicaciones secundarias. De igual manera el conocer la relación que éste tiene con la funcionalidad familiar nos podría permitir diseñar estrategias de prevención e intervención para mejora en la historia natural de las enfermedades que se acompañan o que desencadenan dislipidemias y por tanto disminuir o evitar la presencia de complicaciones cardiovasculares principalmente.

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

Es en la familia donde se desenvuelve la enfermedad, ya que la salud llega a verse mermada por alteraciones en la vida familiar y la existencia o no de una red de apoyo, esto se ve influenciado por al ambiente social, cambios biológicos, así como la propia historia natural de la enfermedad que dependerá en gran medida por el propio control del individuo sobre su enfermedad.²³

Las patologías crónicas repercuten no sólo en el paciente, sino también en su familia, que suele representar una fuente de apoyo fundamental para el afronte de la enfermedad, por tanto cobra gran importancia la funcionalidad familiar dada la gran influencia positiva que esta puede aportar para el mejor control de una patología determinada, así mismo pudiendo afectar al miembro de la familia que sufre el proceso de enfermedad e influir finalmente de manera negativa en todo el sistema familiar.²³

DISLIPIDEMIAS EN MEXICO

En México, en el año 2000, cerca de 30 millones de adultos (60.5% de la población) presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular y la cardiopatía isquémica

era la segunda causa de mortalidad en el país. En 2007, en un estudio realizado de 140,000 participantes el 71.9 % tenían sobrepeso u obesidad, 26.5 % hipertensión y 40 % hipercolesterolemia, y 19.4 % presentaban diabetes, lo cual incrementa el riesgo cardiovascular.²⁴

Los valores promedio de colesterol en nuestro país presentan diferencias significativas entre las distintas zonas geográficas y niveles socioeconómicos. Existe mayor prevalencia de hipercolesterolemia en los niveles socioeconómicos medios y altos, así como en la población en la región norte del país y con mayor edad.²⁴

Los principales factores de riesgo que se asocian a enfermedad cardiovascular son edad, género masculino, colesterolemia total, lipoproteína de baja densidad (LDL), HDL, hipertrigliceridemia, presión arterial, tabaquismo, diabetes, presencia de enfermedad coronaria, antecedentes familiares de la enfermedad, obesidad y sedentarismo.²⁴

PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD

Programa de Enfermedades cardiovasculares- El enfoque de alto riesgo de la Organización Mundial de la Salud, La finalidad de la estrategia de alto riesgo es prevenir la morbilidad, la mortalidad temprana y mejorar de la calidad de vida afectada por las enfermedades cardiovasculares en las personas con un alto riesgo cardiovascular total. El riesgo cardiovascular total se define como la probabilidad de aparición de un episodio cardiovascular (por ejemplo, un accidente cerebrovascular o infarto del miocardio) en un período dado. Este riesgo está determinado por el perfil de factores de riesgo de la persona, el cual es función de los factores de riesgo combinados, además del sexo y la edad. Una persona con un nivel moderadamente alto de varios factores de riesgo puede tener un riesgo cardiovascular total mayor que el de una persona con un solo factor de riesgo alto. La intensidad de la estrategia de prevención se debe orientar en función del nivel de riesgo total. Las intervenciones dirigidas al estilo de vida que abordan el régimen alimentario, el

ejercicio, el tabaquismo y, cuando sea necesaria la farmacoterapia, disminuirán el riesgo de enfermedades cardiovasculares.²²

Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo Cardiovascular. Desarrollada en 2017 por el Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad en España, con la finalidad de que responda a las preguntas que los profesionales se plantean a la hora de abordar el tratamiento de los lípidos, requiere tener en cuenta la prevalencia de los factores de RCV y el escenario actual de morbimortalidad del estado español por enfermedad cardiovascular. Por lo que se realiza un consenso de estratificación de riesgo cardiovascular así como su asociación con las diversas patologías crónicas y tratamiento para unificación de tratamiento y seguimiento.²⁵

Sociedad Internacional de Aterosclerosis: Recomendaciones generales para el tratamiento de la dislipidemia. Desarrollada en 2013 por la IAS siendo consciente de que muchos países o regiones disponen de sus propias guías para el tratamiento de las dislipidemias. Con el presente documento se les brinda una oportunidad en caso de que quisieran modificarlas. Por otra parte, la IAS pone este documento a disposición de los países y regiones que carecen de sus propias guías como ayuda para que puedan desarrollarlas, ofreciéndoles, si fuese necesaria, la colaboración más estrecha de la IAS. En muchos aspectos, el documento guarda similitudes con otras guías ya existentes. De hecho, uno de los objetivos es el de armonizar las guías ya existentes, de forma que puedan ser aplicadas en todo el mundo. Además, nuestro documento añade perspectivas y matices que pueden estar ausentes en algunas de dichas guías. Como consecuencia de los avances surgidos en el tratamiento de las dislipidemias con fármacos muchas guías han priorizado la terapia farmacológica sobre la intervención para modificar estilos de vida. El criterio mantenido por la IAS es destacar que, con excepción de las dislipidemias de origen genético, la arteriosclerosis es mayoritariamente una enfermedad relacionada con estilos de vida poco saludables. Por ello, uno de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

principales objetivos de las recomendaciones de la IAS es recuperar el equilibrio entre cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico.²⁶

Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. Desarrolladas en 2011 tienen como objetivo presentar toda la evidencia relevante sobre un tema particular para ayudar a los médicos a seleccionar la mejor estrategia posible de tratamiento para un paciente en particular, que sufre una determinada enfermedad, teniendo en cuenta no sólo el resultado final, sino también sopesando los riesgos y los beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico concreto. Esta guía trata sobre el manejo de las dislipemias como parte esencial e integral de la prevención de la ECV. La prevención y el tratamiento de las dislipemias deben estar incluidos siempre en el marco más amplio de la prevención de las ECV, que ha sido tratada en las guías elaboradas por los grupos de trabajo de sociedades europeas sobre prevención de las ECV en la práctica clínica.

La presente guía conjunta de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias es complementaria a la guía sobre prevención de las ECV en la práctica clínica y está dirigida no solo a médicos (p. ej., médicos generales o cardiólogos) interesados en la prevención de las ECV, sino también a especialistas de unidades de lípidos o de metabolismo dedicadas al manejo de dislipemias de clasificación y tratamiento más difícil.²⁷

Guía de Práctica Clínica sobre Dislipidemia. Desarrollada en Colombia en 2013 describe el manejo sugerido por LA FUNDACION DEL CARIBE PARA LA INVESTIGACION BIOMEDICA (FUNDACION BIOS) para un factor de riesgo cardiovascular de gran importancia en salud pública como lo es la Dislipidemia y se fundamenta en recomendaciones nacionales e internacionales basadas en la evidencia, como lo son Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), Guías de Prevención Primaria en Riesgo Cardiovascular de la Asociación Colombiana de Cardiología y las Guías para

el Manejo de Dislipidemia de la Sociedad Europea de Cardiología. Tiene como objetivos:

- Establecer una guía que determine los procedimientos estandarizados y basados en la evidencia a llevar a cabo en la identificación y tratamiento de las dislipidemias.
- Establecer recomendaciones en prevención primaria y secundaria para las enfermedades cardiovasculares.²⁸

Programa Nacional de Salud 2007-2012 Hace referencia a que si bien es cierto que las cifras de mortalidad por esta causa que presenta el país son altas, es posible implantar medidas para reducir la presión arterial, los lípidos en sangre y el consumo de tabaco, que nos ayudarían a reducirlas. De hecho hay varias entidades federativas en donde las tasas de mortalidad por esta causa están disminuyendo. Destaca en este sentido Tabasco, que entre 2001 y 2005 presentó una disminución de casi 20% en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. Se necesitan intervenciones dirigidas al desarrollo de políticas y alianzas, la reducción de factores de riesgo, la respuesta del Sistema Nacional de Salud y la vigilancia e investigación, a fin de lograr un efecto positivo sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad secundaria a esta enfermedad. Realizar estas intervenciones tendrá un impacto sobre los costos de los servicios de salud, la productividad y el crecimiento económico. Las acciones se deben centrar en promover entornos saludables, fomentar una alimentación sana, aumentar la práctica de actividad física y la reducción en la ingesta de grasas saturadas y grasas trans-fabricadas a nivel industrial.²⁹

NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Esta norma tiene por objeto establecer los procedimientos y medidas necesarias para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, a fin de proteger a la población de este importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y vascular periférica, además de brindar una adecuada atención médica. Además en esta norma se

recomienda iniciar el escrutinio a partir de los 20 años de edad en los sujetos con factores de riesgo cardiovascular, con una periodicidad anual o bianual de acuerdo con el criterio médico, y cada cinco años en la población sin factores de riesgo. Sin embargo, dada la diversidad étnica, los consensos más recientes concuerdan en que las estrategias para prevenir los eventos vasculares deben ser adaptadas a las características de la población en la que se aplicarán. Las acciones deberán dar respuesta a los factores de riesgo más comunes. En nuestro país, las características más frecuentes son los niveles bajos de colesterol-HDL y la hipertrigliceridemia.³⁰ En la población caucásica, la hipercolesterolemia es la anomalía más común. Los niveles de colesterol están determinados por múltiples factores genéticos, así como por factores ambientales y hábitos dietéticos. La hipercolesterolemia puede ser secundaria a hipotiroidismo, síndrome nefrótico, Cushing, embarazo, anorexia nervosa, inmunosupresores y corticosteroides. La posibilidad de hipercolesterolemia secundaria debe ser considerada antes de iniciar un tratamiento.³⁰

Guía de práctica clínica “Diagnóstico y Tratamiento de Dislipidemias (Hipercolesterolemia) en el adulto”, México actualizada en el 2016 con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de guías de práctica clínica el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.. Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.³¹

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca para:

- Determinar los diferentes grupos de riesgo cardiovascular en pacientes con hipercolesterolemia.
- Describir las condiciones médicas que deben considerarse en el diagnóstico diferencial.
- Definir las metas de colesterol LDL y no HDL recomendadas según el grupo de riesgo cardiovascular establecido.
- Especificar las opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico eficaces según el grupo de riesgo cardiovascular.
- Determinar la eficacia y seguridad del tratamiento en menores de 40 años y mayores de 75 años.
- Establecer los criterios de referencia de primer a segundo nivel y de contrareferencia de segundo o tercer a primer nivel.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.³¹

Guía clínica de Orientación y psicoterapia familiar. Desarrollada en 2015 con el propósito de que los profesionales del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra puedan derivar pacientes a orientación y terapia familiar, por lo tanto tiene como objetivo ofrecer un marco y directrices, para establecer y crear un enlace entre las distintas áreas implicadas en la rehabilitación de los pacientes con discapacidad, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo de que esta manera al manejo integral del paciente.³²

Guía práctica para la intervención familiar. Desarrollada en 2014 por Valentín Escudero con el propósito de ser un instrumento de trabajo pensado para orientar y dirigir el proceso de intervención. Esta guía sirve como un mapa para entender mejor los problemas de las familias y sus reacciones a la intervención y es aún más útil para buscar recursos en la familia que pueden propiciar y/o potenciar el cambio, e incluso se maneja el abordaje del proceso para afrontar patologías graves o crónicas.³³

DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Se encuentra en la literatura información relacionada a la funcionalidad familiar y dislipidemias en pacientes predominantemente con enfermedades crónicas, en los cuales se encuentra discrepancia respecto a los resultados encontrados ya que no han sido determinantes principalmente en su significancia estadística, en estudios como el de Blacio y Cols. Donde se menciona que la funcionalidad familiar luego de estudiar a la población atendida en la consulta de medicina familiar en 150 pacientes, se encuentra que aquellos con enfermedades crónicas la disfunción familiar no se relaciona con el descontrol metabólico siendo usado en su análisis el instrumento FF SIL, en este estudio un mayor porcentaje de los pacientes presentó disfunción familiar mas no se encontró que esto sea factor de riesgo o protección para el control metabólico. Sin embargo, Ariza y cols. En su estudio determinan que la mayor parte de su población estudiada presentaba descontrol metabólico encontrando tendencia a la asociación con disfunción familiar.^{2,3,4}

Es necesario hacer mención del estudio de Cabezas y cols. Donde no se evidenció una relación entre la disfunción familiar y el control metabólico, siendo esto posiblemente debido a la contribución del equipo de salud para el control de la DM2 en su papel educativo y asistencial lo que condiciona que pese a la percepción individual de disfunción familiar los pacientes tengan un control adecuado de la enfermedad. Por su parte Cano y cols. En sus estudios que son predominantemente orientados a la prevención concluyen que aquellas personas que tienen disfuncionalidad familiar, mal apoyo familiar, y estados de depresión, ansiedad y

estrés presentaron asociaciones positivas con mayor riesgo de ECV secundario a un mal control metabólico asociado. Por lo que los estudios encontrados en relación a la funcionalidad familiar y dislipidemias no son concluyentes, lo que nos permite la posibilidad de realizar este estudio para valorar la relación de dichas variables en nuestra población.^{3,4,5}

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La importancia en la determinación sobre la relación entre la percepción de funcionalidad familiar y dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, tiene su mayor relevancia al considerar el creciente índice de esta patología a nivel mundial aunado al sobrepeso y obesidad que también muestran un incremento alarmante, considerando además las complicaciones sistémicas predominantemente cardiovasculares que produce y que estas a su vez tienen efectos directos sobre la pareja, funcionamiento social y ocupacional, la mayoría de las veces de manera negativa, lo que favorece de manera alarmante las crisis familiares y alteraciones conductuales, si consideramos la asociación existente entre la obesidad y la elevación en los lípidos es importante considerar que también es causa de alteraciones psicológicas al saberse o sentirse enfermo y como consecuencia de los diversos cambios fisiológicos (incremento de grasa en perímetro abdominal predominantemente, fatiga, disfunción eréctil, xantomas, etc.) lo que podrá repercutir en cierto grado en la funcionalidad familiar y esto a su vez repercutir en el pobre control del nivel lipídico y por tanto condicionar la rápida aparición de complicaciones cardiovasculares.³⁴

En los diversos estudios que se analizaron, es clara que existe discrepancia en los resultados sobre la influencia de la funcionalidad familiar en relación a la dislipidemia, no es determinante sobre si ésta como tal es o no un factor que altere directa o indirectamente los niveles lipídicos y por tanto retraso de las complicaciones, o en su defecto ya instaurada la alteración en la toma de medicamentos dieta, fomento de actividad, etc. en el paciente con alteración en los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

niveles de lípidos. Es de esperarse diversas crisis paranormativas en los pacientes con alguna enfermedad crónica, durante la propia evolución de la enfermedad con la presencia de diversas complicaciones sistémicas lo que se verá reflejado en un deterioro de la calidad de vida y del entorno familiar, en la bibliografía analizada para la realización de este estudio se encuentra que los resultados no son concluyentes.

Considerando que la dislipidemia es una entidad infradiagnosticada y que por tanto llega a condicionar complicaciones de manera silenciosa, posee actualmente incidencia y prevalencia mundial alarmante, lo que a su vez deriva en mayor demanda de servicios de salud inclusive aún más por las complicaciones derivadas de la inadecuada prevención, diagnóstico y tratamiento, altos gastos médicos tanto a nivel de atención primaria como en segundo nivel, siendo esto evidente en nuestras unidades de atención médica, donde podemos suponer la influencia que tiene la falta de red de apoyo secundaria a una disfunción familiar. Por lo que se considera será de utilidad continuar este estudio, ya que podremos determinar la relación de la percepción de la funcionalidad familiar y su influencia sobre los niveles en el perfil lipídico en los pacientes mayores de 50 años afectados o no por alguna patología crónica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre del grado de funcionalidad familiar con dislipidemia en pacientes mayores de 50 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los grados de funcionalidad familiar con dislipidemia en pacientes mayores de 50 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 50 años adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.
2. Conocer el valor del índice lipídico registrado en último reporte de laboratorio de los pacientes mayores de 50 años adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes
3. Medir la cohesión familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
4. Medir la Adaptabilidad familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
5. Medir la comunicación familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
6. Medir la armonía familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
7. Medir los roles familiares en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
8. Medir la permeabilidad familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
9. Medir la afectividad familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes

HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA GENERAL

La dislipidemia está relacionada con algún grado de funcionalidad familiar en pacientes mayores de 50 años adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes

HIPÓTESIS NULA GENERAL

No existe relación entre la dislipidemia y algún grado de funcionalidad familiar en pacientes mayores de 50 años de la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes

HIPOTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS

1. La cohesión familiar se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
2. La adaptabilidad familiar se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
3. La comunicación familiar se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
4. La armonía familiar se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
5. Los roles familiares se relacionan con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
6. La permeabilidad familiar se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
7. La afectividad familiar se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes

HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS

1. La cohesión familiar no se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
2. La adaptabilidad familiar no se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
3. La comunicación familiar no se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
4. La armonía familiar no se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
5. Los roles familiares no se relacionan con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
6. La permeabilidad familiar no se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes
7. La afectividad familiar no se relaciona con dislipidemias en pacientes mayores de 50 años en la UMF No.1 del IMSS Delegación Aguascalientes

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo cuantitativo de tipo correlacional, con un diseño analítico. En el que se midió la relación entre 2 variables, según Roberto Hernández Sampieri.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes mayores de 50 años que acudieron a consulta de medicina familiar en el periodo de 1 mes en la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes mayores de 50 años de la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

SEDE DEL ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Aguascalientes, Aguascalientes.

PERIODO DE ESTUDIO

Noviembre a diciembre 2018.

MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio simple.

El tamaño de la muestra se calculó con base al total de pacientes mayores de 50 años de edad adscritos a la UMF No. 1 que acuden a consulta en el período de 1 mes, con un total de 840 pacientes.

Se determinó con base en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E}$$

Dónde: n= tamaño de la muestra

Z= 1.96 (Nivel de confianza del 95%)

p=0.5 q=1-p=0.5

E=% error=5%

Obteniendo un tamaño de la muestra de 294 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes con Diagnóstico de dislipidemia, HAS, DM tipo 2, obesidad y sobrepeso e incluso sin factores de riesgo.

- Mayores de 50 años, ambos géneros.
- Que aceptaron participar y firmen carta de consentimiento bajo información.

Criterios de no inclusión

- Pacientes con disfunción cognitiva o intelectual que les impida ser entrevistados y contestar el cuestionario FF SIL
- Pacientes que no aceptaron la realización del cuestionario

Criterios de eliminación

- Pacientes que decidieron retirarse del estudio.
- Pacientes con información incompleta.

LOGÍSTICA

Para realizar el trabajo de campo de esta investigación, previa autorización del comité de investigación y ética, se solicitó permiso al Director de la Unidad sede de nuestro estudio para llevar a cabo la investigación. Posteriormente se informó a los médicos familiares el estudio a realizar, en donde se les solicitó referir al tesista los pacientes con diagnóstico de que acudieron en la jornada laboral, si como el horario de consulta; se abordaron posterior a su consulta médica, se les informaron en caso de aceptar participar en el estudio, el objetivo de este y las actividades a realizar, así como los beneficios y riesgos acerca del mismo con el llenado del consentimiento informado y se les dio el cuestionario de auto aplicación para su resolución, se realizó un promedio de 15 encuestas diarias aproximadamente en un horario de 8 a 16hrs, hasta completar el tamaño de la muestra. Se aplicaron a los pacientes el cuestionario FFSIL. Este cuestionario nos permitirá determinar el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar, además, se obtendrá información clínica de los pacientes incluyendo: edad, sexo, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, último reporte de lípidos y tipo de familia. Posteriormente se realizó captura de datos en hoja de Excel para la revisión posterior; con el fin de analizar resultados obtenidos, conclusión y recomendaciones de nuestro estudio.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entre los pacientes de la UMF No. 1, se invitó a participar a los pacientes que cumplan los criterios de selección y a quienes firmen la carta de consentimiento informado se les aplicará el cuestionario FF SIL” acompañándole en todo momento hasta que haya comprendido las instrucciones y completado el cuestionario. Se localizaron en base a la cita concertada en su consultorio médico, por lo que se solicitó a los médicos familiares referir con el tesista a los pacientes con dislipidemia que acuden en el transcurso de su jornada; para abordarlos al término de su consulta médica, con el fin de poder incluirlos en este estudio. Acudiendo a la clínica diariamente de 8 a 16hrs, realizando en promedio 15 encuestas por día aproximadamente, ya que es el promedio de pacientes con dislipidemia que acudieron a consulta en 1 día, hasta completar el tamaño de la muestra.

Se aplicó el instrumento FF-SIL que consta de 14 ítems, valorados en escala de tipo Likert con respuestas que van desde casi nunca (1 punto) a casi siempre (5 puntos). El cual consta de 7 dimensiones, valoradas cada una por dos preguntas: cohesión (1 y 8), armonía (2 y 13), comunicación (5 y 11) adaptabilidad (6 y 10), afectividad (4 y 14), roles (3 y 9) y permeabilidad (7 y 12).

DESCRIPCIÓN Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA PRUEBA DE PERCEPCION FAMILIAR (FF-SIL)

El funcionamiento de la familia se refiere a la forma de relacionarse el grupo internamente, al conjunto de relaciones interpersonales íntersubjetivas que se dan en el interior de cada familia que le dan identidad propia. Constituye un comportamiento grupal habitual y relativamente estable de la familia produciendo una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar. La dinámica psicológica relacional le imprime al hogar un clima agradable, de seguridad y satisfacción o un clima desagradable, de tensión, angustia y temor.⁴⁹

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. A pesar de no existir homogeneidad de criterios en cuanto a la definición de funcionamiento familiar, sí se precisa cierta coincidencia en cuanto a los procesos relacionales que producen el funcionamiento familiar como son la afectividad, la comunicación, la armonía, la cohesión, los roles, la adaptabilidad y la permeabilidad.⁴⁹

La prueba FF – SIL se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria, siendo validada por Isabel Louro Bernal, Patricia Arés Muzio y Silvia Martínez Calvo en el 2004. Tiene como objetivo evaluar siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión (1 y 8), roles (3 y 9), armonía (2 y 13), comunicación (5 y 11), afectividad (4 y 14), permeabilidad (7 y 12) y adaptabilidad (6 y 10).³⁵

Se compone por 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta.³⁵

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar.³⁵

Tabla 3. Clasificación de la funcionalidad familiar de acuerdo al puntaje de resultado

70 a 57	Familia funcional
56 a 43	Familia moderadamente funcional
42 a 28	Familia disfuncional
27 a 14	Familia severamente disfuncional

La validez del instrumento se realizó en La Habana, Cuba; en 1994. La estimación de la validez incluyó tres aspectos: la de contenido, la de criterio, y la de construcción.

En el año 2005 se realizó una segunda validación en Cuba con los siguientes resultados:

Confiabilidad temporal: El estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0.93, lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido. El análisis de consistencia interna de este instrumento, se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, el cual dio un coeficiente global de 0.88 lo que habla a favor de una homogeneidad intra-ítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento.

Validez de contenido: en este cuestionario la mayoría de los expertos evaluó los ítems del instrumento en la categoría mucho del aspecto “razonable y comprensible”. De hecho solo en los ítems 1, 2 y 13 hubo un experto que consideró que éstos eran poco razonables y comprensibles, en tanto que para los restantes ítems la totalidad de los expertos planteó estos en la categoría de mucho. El criterio de los expertos con relación al atributo “suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables” arrojó que con excepción de los ítems 1 y 2 donde un experto consideró que en este aspecto los mismos clasifican en la categoría mucho. Ello confirma la pertinencia de las categorías seleccionadas en la conformación del cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL.

Validez de constructo: el método de los componentes principales aportó los valores propios y varianzas de los componentes retenidos. Se obtuvo 4 factores o componentes cuya varianza acumulada asciende a 63,759 resultado que se considera aceptable para este tipo de validez.

El primer factor está representado por la totalidad de los ítems de las categorías Afectividad, armonía, comunicación y cohesión, indica que estas son las más importantes en la prueba ya que el valor propio de este factor resultó 5 veces superior al segundo, lo que evidencia que estos procesos son los que más contribuyen a la variabilidad de la muestra.

Para el factor 1 los ítems mejor relacionados con éste son el 14, las demostraciones de cariño con 0.83, seguido por el 13 respeto a los límites con 0.79, el 4 referido a las manifestaciones de cariño en la vida cotidiana con 0.75, el 11 referido a la libertad de expresión en la familia con 0.73, el 1 con 0.66 que trata sobre la unión en la toma de decisiones, el 2 con 0.61 (armonía) y los ítems 5 de comunicación y 8 de solidaridad con 0.56 respectivamente. Puede señalarse a la afectividad como la categoría que más aporta a este factor, seguida por la armonía, la comunicación y la cohesión.

El factor 2 se correlaciona fundamentalmente con los ítems de las categorías Adaptabilidad y Rol. Agrupa el ítem 10 referido a la flexibilidad necesaria para la adaptación, el 9 a la distribución de las tareas en el hogar, el 6 sobre aceptación mutua necesaria para la adaptabilidad y el 3 sobre el cumplimiento de los roles. Los ítems 12 y 7 correspondientes a la categoría Permeabilidad, se distribuyeron entre los factores 3 y 4.

Validez de criterio: el coeficiente de Kappa arrojó un resultado de 0.88 que expresa una concordancia intensa.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos se capturarán en una hoja de Excel, posteriormente se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21. Se realizó un análisis

consistente en estadística descriptiva en el examen univariado y posteriormente se realizó una regresión lineal, buscando relación entre las variables.

ASPECTOS ETICOS

Siendo este un estudio aplicado en el área médica nos apegaremos a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas”, la cual fue adoptada 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. En el noveno principio básico, donde se habla de que toda investigación en personas, deberá ser informado cada participante suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear; el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. ⁵⁴Se agrega la carta de consentimiento informado.

El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación al Comité Local de Bioética e Investigación.

Se hizo uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de los mismos. Se requirió de firma de carta de consentimiento informado por parte de los pacientes.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos Humanos

- Residente de tercer año de la especialidad de Medicina familiar (Tesista)
- Investigador principal
- Bibliotecaria del HGZ No.1

Recursos Tecnológicos

- Laptop
- Paquete estadístico SPSS y office
- USB
- Conexión a internet
- Base de datos de Conricyt, accesos proporcionados por IMSS
- Impresora

Recursos Materiales

- Vehículo propio
- Insumos

Categoría	Costo unitario (\$)	Cantidad (#)	Costo total (\$)
Impresiones	\$0.50	1200	\$600.00
Fotocopias	\$0.50	1200	\$600.00
Lápices	\$4.00	20	\$80.00
Borradores	\$2.00	20	\$40.00
Engrapadora	\$40.00	1	\$40.00
Caja de grapas	\$30.00	1	\$30.00
Empastado	\$100.00	6	\$600.00
Total			\$1,990.00

Tabla 4. Gastos

FINANCIAMIENTO

El costo total de la realización de este protocolo quedará a cargo del tesista.

FACTIBILIDAD

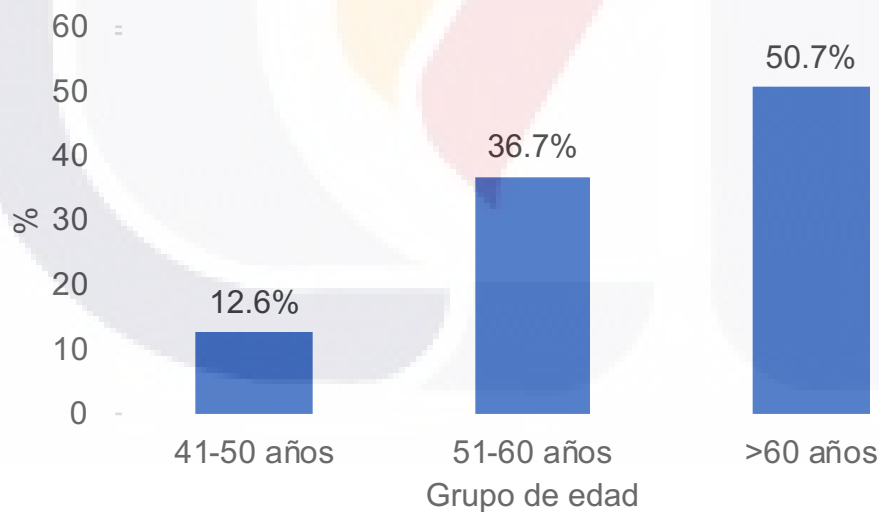
Nuestro estudio de investigación es factible debido a que consiste en identificar la funcionalidad familiar en las dislipidemias, con el fin de conocer si existe relación en sus resultados para el desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable, para la solución de problemas o necesidades de la familia. Así mismo, es factible debido a que cumple con el propósito de utilización inmediata y ejecución de una

propuesta. Se encuentra dentro de los términos legales y es posible de realizar en nuestro entorno social. Además, existe una necesidad política y del propio sistema de salud por los altos costos que conllevan las complicaciones secundarias de las dislipidemias, no dañara el medio ambiente y dará el beneficio social en nuestra población de estudio, al conocer la importancia de la funcionalidad familiar en el dislipidemia, contando con un sustento teórico y metodológico.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes

Se incluyeron un total de 294 pacientes con dislipidemia mayores de 50 años adscritos a la UMF No. 1 del IMSS en Aguascalientes, de edad promedio 61.0 ± 8.4 años; de los cuales el 35.7% eran masculinos y el 64.3% femeninos. En el análisis por grupos de edad, el 12.6% tenían de 41-50 años, el 36.7% de 51-60 años y el 50.7% eran mayores de 60 años (Tabla 1; Figura 1).



Gráfica 1. **Distribución de los paciente incluidos por grupos de edad.**

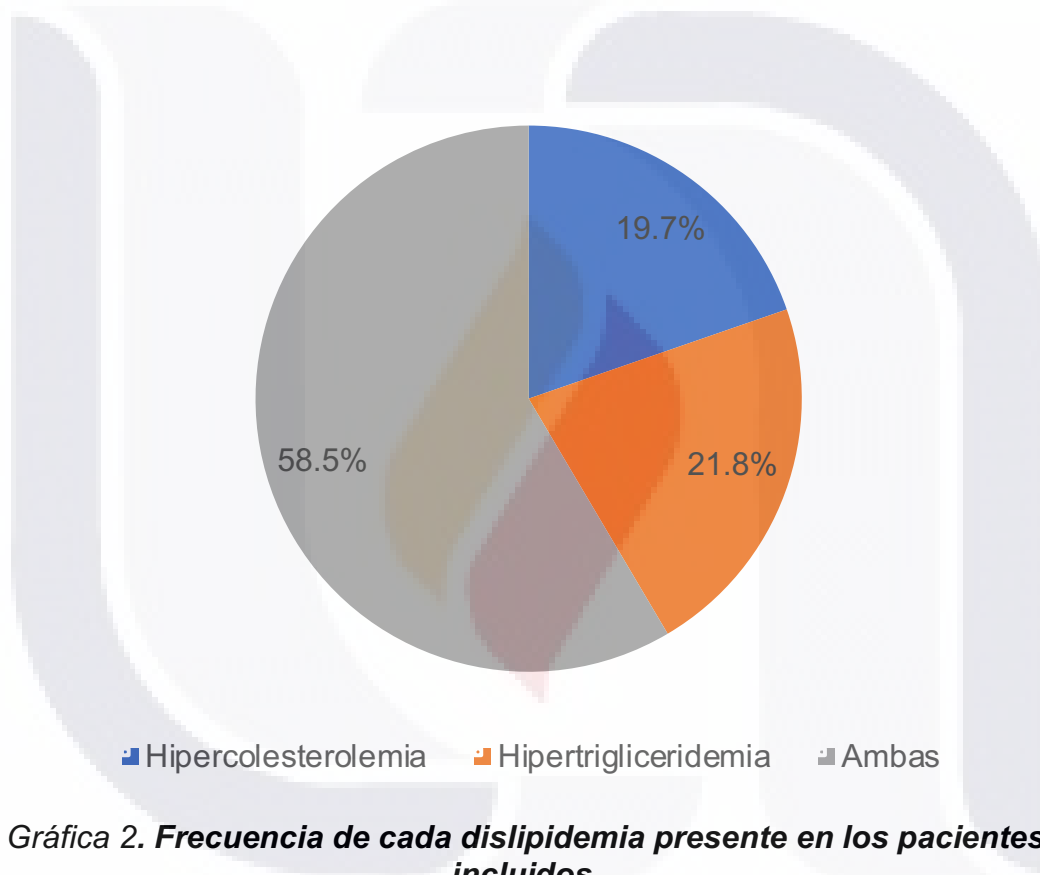
La escolaridad de los pacientes incluidos en el estudio fue principalmente primaria (45.9%) y secundaria (35.4%); con pocos analfabetas (6.5%) y solo 1.7% con nivel licenciatura. En relación con el estado civil o conyugal, el 74.1% eran casados, el 15.6% eran viudos, el 5.8% eran divorciados y el 4.4% solteros (Tabla 5).

La ocupación de los pacientes era desempleado en 0.7%, amas de casa el 41.2%, empleados de ventas el 24.8% y trabajador en áreas de servicios el 33.3% (Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas de los pacientes		
Característica	Frecuencia, n	Porcentaje, %
Grupos de edad		
41-50 años	37	12.6
51-60 años	108	36.7
>60 años	149	50.7
Género		
Masculino	105	35.7
Femenino	189	64.3
Escolaridad		
Analfabeta	19	6.5
Primaria	135	45.9
Secundaria	104	35.4
Preparatoria	31	10.5
Licenciatura	5	1.7
Estado conyugal		
Soltero(a)	13	4.4
Casado(a)	218	74.1
Viudo(a)	46	15.6
Divorciado(a)	17	5.8
Ocupación		
Desempleado	2	0.7
Ama de casa	121	41.2
Empleado(a) de ventas	73	24.8
Trabajador(a)	98	33.3

Tipo de dislipidemia presente y porcentaje de pacientes tratados

El 78% de los pacientes tenían hipercolesterolemia y el 80.3% hipertrigliceridemia; y ambas dislipidemias se encontraron en el 58.5% de los paciente (Figura 2). Por género las pacientes femeninos tuvieron significativamente mayor frecuencia de hipercolesterolemia que los masculinos; aunque no hubo diferencias significativas en la frecuencia de hipertrigliceridemia (Tabla 6).



El porcentaje de pacientes en tratamiento fue de 84.7%, sin diferencias significativas entre géneros; específicamente el 84.8% de los masculinos y el 84.7% de las pacientes femeninos recibían tratamiento hipolipemiante.

Tabla 6. Tipo de dislipidemia por género y porcentaje de pacientes en tratamiento

Característica	<i>Femeninos %(n)</i>	<i>Masculinos %(n)</i>	<i>Valor de p</i>
Hipercolesterolemia	82.5(156)	70.5(74)	0.016
Hipertrigliceridemia	78.3(148)	83.8(88)	0.256

Puntaje promedio por dominio del cuestionario FF-SIL

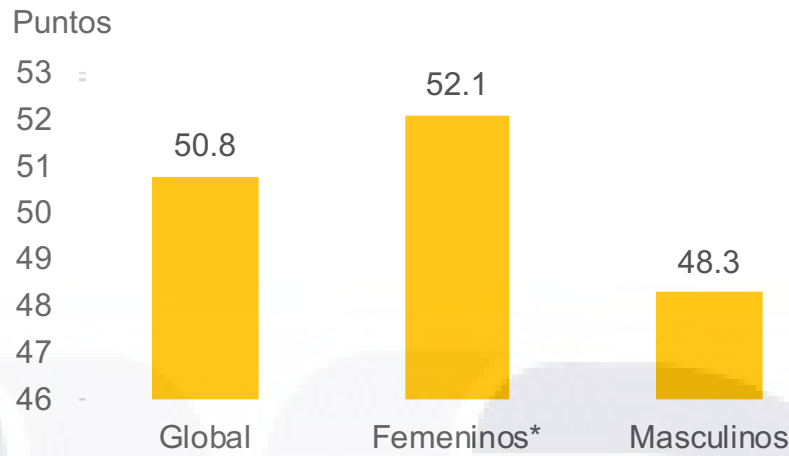
Se evaluó el puntaje promedio por dominio del cuestionario FF-SIL, encontrando puntajes superiores a 7.0 en la mayoría de dominios (cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad y afectividad), con 6.8±2.2 puntos en el dominio rol y 5.8±2.2 puntos en el dominio permeabilidad, siendo este último el de peor puntaje (Tabla 7).

Tabla 7. Puntaje por dominio del cuestionario F-FSIL de funcionalidad familiar

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje cohesión	2	10	7.9	2.0
Puntaje armonía	3	10	7.8	1.7
Puntaje comunicación	2	10	7.5	2.0
Puntaje adaptabilidad	2	10	7.2	2.1
Puntaje afectividad	2	10	7.7	2.0
Puntaje rol	2	10	6.8	2.2
Puntaje permeabilidad	2	10	5.8	2.2

Puntaje total del cuestionario FF-SIL

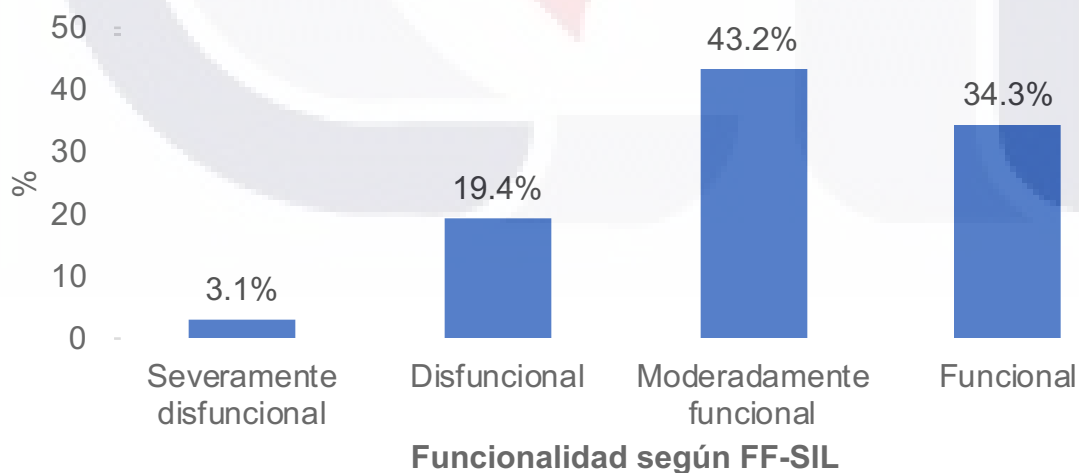
El puntaje promedio del cuestionario FF-SIL fue 50.8±10.5 (rango 50-70); siendo mayor en pacientes femeninos (52.1±9.4) que en masculinos (48.3±11.8; p=0.002; Figura 3).



Gráfica 3. Puntaje global del cuestionario FF-SIL; y por género. (*p=0.002, t de Student).

Clasificación de la funcionalidad familiar con base en los puntajes FF-SIL

Con base en el puntaje FF-SIL, se clasificó la funcionalidad familiar de los pacientes con dislipidemia, encontrando que el 34.3% tenían familias funcionales, el 43.2% moderadamente funcionales, el 19.4% familias disfuncionales y el 3.1% familias severamente disfuncionales (Figura 4).



Gráfica 4. Clasificación de la funcionalidad familiar de los pacientes con dislipidemia según el puntaje del cuestionario FF-SIL.

Funcionalidad familiar por tipo de dislipidemia

Con la finalidad de evaluar si existe asociación entre funcionalidad familiar y tipo de dislipidemia, se compararon las categorías de funcionalidad familiar por tipo de dislipidemia, encontrando, que los pacientes con hipertrigliceridemia tuvieron mayor frecuencia de familias severamente disfuncionales (7.8%) y disfuncionales (21.9%); mientras que los pacientes con hipercolesterolemia tuvieron mayor porcentaje de familias funcionales (46.6%), $p=0.032$, Chi-cuadrada (Tabla 8). La coexistencia de ambas dislipidemias no se asoció con mayor disfuncionalidad familiar (Tabla 8).

Tabla 8. Funcionalidad familiar según tipo de dislipidemia.					
Dislipidemia	Severamente disfuncional %(n)	Disfuncional %(n)	Moderadamente funcional %(n)	Funcional %(n)	Valor de p
Hipercolesterolemia	1.7(1)	12.1(7)	39.7(23)	46.6(27)	0.031
Hipertrigliceridemia	7.8(5)	21.9(14)	34.4(22)	35.9(23)	
Ambas	1.7(3)	20.9(36)	47.7(82)	29.7(51)	

Niveles de lípidos séricos según funcionalidad familiar

Se compararon los niveles séricos de colesterol y triglicéridos según el tipo de funcionalidad familiar, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en los niveles de colesterol sérico según el grado de funcionalidad familiar. Tampoco, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles séricos de triglicéridos según el grado de funcionalidad familiar (Tabla 9).

Tabla 9. Niveles séricos de colesterol total y triglicéridos según la funcionalidad familiar

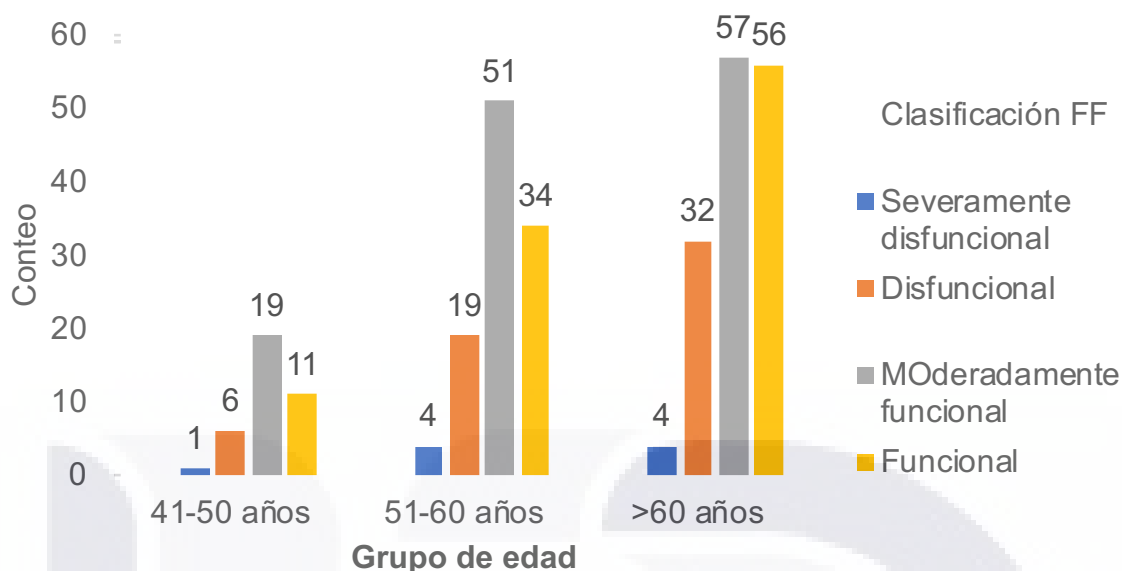
Lípidos séricos/ Funcionalidad familiar	Severamente disfuncional n=9	Disfuncional n=57	Moderadamente funcional n=127	Funcional n=101	Valor de p
Colesterol (mg/dL)	199.0±35.3	217.6±61.6	227.4±43.7	214.2±39.0	0.078
Triglicéridos (mg/dL)	261.9±53.0	277.2±120.4	259.1±83.8	256.5±83.8	0.709

Funcionalidad familiar por género, por estado conyugal, ocupación, escolaridad

Posteriormente, se evaluó la funcionalidad familiar por género, estado conyugal, ocupación y escolaridad. Un mayor porcentaje de pacientes masculinos tenían familias disfuncionales o severamente disfuncionales (34.3%) que de pacientes femeninos (15.9%; $p=0.002$, Chi-cuadrada; Tabla 8).

En el análisis de la funcionalidad por grupos de edad, no se encontraron diferencias significativas en esta en los diferentes grupos de edad estudiados (Figura 5).

De acuerdo al estado conyugal, los pacientes viudos tendieron a ser los que tienen familias más disfuncionales o severamente disfuncionales (28.3%); mientras que los pacientes divorciados tuvieron familias funcionales o moderadamente funcionales (82.4%; Tabla 8).



Gráfica 5. **Clasificación de la funcionalidad familiar de los pacientes con dislipidemia por grupos de edad.**

Tabla 10. Funcionalidad familiar por género, estado conyugal, ocupación y escolaridad.					
Característica	Severamente disfuncional %(n)	Disfuncional %(n)	Moderadamente funcional %(n)	Funcional %(n)	Valor de p
Género					
Masculino	5.7(6)	28.6(30)	40.0(42)	25.7(27)	0.002
Femenino	1.6(3)	14.3(27)	45.0(85)	39.0(74)	
Estado conyugal					
Soltero(a)	15.4(2)	7.7(1)	46.2(6)	30.8(4)	0.192
Casado(a)	2.8(6)	18.0(41)	45.9(100)	32.6(71)	
Viudo(a)	2.2(1)	26.1(12)	32.6(15)	39.1(18)	
Divorciado(a)	0.0(0)	17.6(3)	35.3(6)	47.1(8)	

Así mismo, se comparó la funcionalidad familiar en pacientes con dislipidemia por ocupación, encontrando que hasta 50% de los desempleados tuvieron familias severamente disfuncionales, y con la menor frecuencia de familias funcionales o

moderadamente funcionales (Tabla 10). En relación con la escolaridad, los analfabetas tuvieron mayor frecuencia de familias severamente disfuncionales y los de escolaridad licenciatura fueron los que consideraron tener con mayor frecuencia familias funcionales (Tabla 11).

Tabla 11. Funcionalidad familiar por ocupación y escolaridad.

Característica	Severamente disfuncional %(n)	Disfuncional %(n)	Moderadamente funcional %(n)	Funcional %(n)	Valor de p
Ocupación					
Desempleado	50.0(1)	0.0(0)	50.0(1)	0.0(0)	0.007
Ama de casa	1.7(2)	16.5(20)	41.3(50)	40.0(49)	
Empleado de ventas/servicio	4.1(3)	16.4(12)	41.3(37)	40.5(21)	
Otro empleo	3.1(3)	25.5(25)	39.8(39)	31.6(31)	
Escolaridad					
Analfabeta	10.5(2)	15.8(3)	47.4(9)	26.3(5)	0.071
Primaria	4.4(6)	23.0(31)	35.6(48)	37.0(50)	
Secundaria	1.0(1)	18,3(19)	53.8(56)	26.9(28)	
Preparatoria	0.0 (0)	9.7(3)	41.9(13)	48.4(15)	
Licenciatura	0.0(0)	20.0(1)	20.0 (1)	60.0(3)	

Regresión logística multinomial para determinar factores significativamente asociados a disfunción familiar

Posteriormente se realizó un análisis multivariado, tipo regresión logística multinomial para determinar cuáles factores asociados, incluidos los niveles séricos de colesterol y triglicéridos se asociaban significativamente a disfunción familiar severa. Ningún factor de los evaluados se asoció significativamente a familias severamente disfuncionales (Tabla 12).

Tabla 12. Factores asociados a familias severamente disfuncionales (por regresión logística multinomial*)

Variable	B	Error estándar	Valor de p	Exp(B)	IC95% para Exp(B)	
					Límite inferior	Límite superior
Intercept	-5.842	7.637	0.444			
Edad	0.033	0.086	0.698	1.034	0.874	1.223
Niveles séricos de colesterol	-0.008	0.008	0.345	0.992	0.977	1.008
Niveles séricos de triglicéridos	0	0.003	0.901	1	0.993	1.006
Género masculino	1.349	0.904	0.135	3.853	0.656	22.64
Género femenino	Referencia					
Escolaridad analfabeta	4.039	4.708	0.391	56.77	0.006	577651.054
Escolaridad primaria	1.948	4.571	0.670	7.015	0.001	54593.699
Escolaridad secundaria	0.708	4.601	0.878	2.03	0	16732.03
Escolaridad preparatoria	-0.147	4.731	0.975	0.863	8.10E-05	9191.332
Escolaridad licenciatura	Referencia					
Soltero(a)	5.103	2.426	0.035	164.48	1.416	19112.087
Casado(a)	0.8	2.254	0.723	2.226	0.027	184.573
Viudo(a)	-0.929	2.67	0.728	0.395	0.002	73.954
Divorciado(a)	Referencia					
Ocupación desempleado	15.415	0	.	4948574.92	4948574.92	4948574.92
Ocupación ama de casa	-0.519	1.037	0.617	0.595	0.078	4.54
Ocupación empleado de ventas o servicios	-0.304	0.997	0.760	0.738	0.105	5.204
Ocupación empleado	Referencia					
41-50 años	1.684	1.76	0.339	5.385	0.171	169.686
51-60 años	1.58	1.221	0.196	4.854	0.444	53.086
>60 años	Referencia					

Con el mismo análisis, se buscaron los factores asociados significativamente a familias disfuncionales. Ningún factor de los evaluados se asoció significativamente a familias severamente disfuncionales (Tabla 8). Solamente el género masculino, se asoció con mayor riesgo de tener una familia disfuncional con Exp(B)-ORa de 3.179 (IC95%1.200-8.422, p=0.020). El resto de las características de las pacientes, incluyendo los niveles séricos de colesterol y triglicéridos no se asociaron significativamente a disfunción familiar (Tabla 13).

Tabla 13. Factores asociados a familias disfuncionales (por regresión logística multinomial*)

Variable	B	Error estándar	Valor de p	Exp(B)	IC95% para Exp(B)	
					Límite inferior	Límite superior
Intercept	-2.957	3.007	0.325			
Edad	0.015	0.04	0.705	1.015	0.939	1.098
Niveles séricos de colesterol	0.001	0.004	0.759	1.001	0.993	1.009
Niveles séricos de triglicéridos	0.001	0.002	0.386	1.001	0.998	1.004
Género masculino	1.157	0.497	0.020	3.179	1.200	8.422
Género femenino	Referencia					
Escolaridad analfabeta	0.338	1.563	0.829	1.402	0.066	30.01
Escolaridad primaria	0.427	1.32	0.746	1.533	0.115	20.372
Escolaridad secundaria	0.367	1.341	0.784	1.444	0.104	19.992
Escolaridad preparatoria	-0.427	1.426	0.764	0.652	0.04	10.673
Escolaridad licenciatura	Referencia					
Soltero(a)	-0.311	1.646	0.850	0.733	0.029	18.446
Casado(a)	0.094	0.753	0.900	1.099	0.251	4.808
Viudo(a)	0.236	0.873	0.787	1.266	0.229	7.001
Divorciado(a)	Referencia					
Ocupación desempleado	-1.16	0	.	0.313	0.313	0.313
Ocupación ama de casa	-0.219	0.547	0.689	0.803	0.275	2.347
Ocupación empleado de ventas o servicios	-0.662	0.613	0.280	0.516	0.155	1.715
Ocupación empleado	Referencia					
41-50 años	0.68	0.94	0.470	1.974	0.313	12.465
51-60 años	0.577	0.634	0.363	1.780	0.513	6.173
>60 años	Referencia					

DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la relación entre dislipidemia y funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores de 50 años de la UMF No. 1 del IMSS en Aguascalientes, encontrando algunas asociaciones. En primer lugar, la disfunción familiar estuvo presente en 22.5% de los pacientes, el resto de los pacientes (77.5%) tuvieron familias funcionales o moderadamente funcionales. Este porcentaje de pacientes con disfunción familiar es ligeramente inferior al reportado por Hernández-Romero y cols. quienes encontraron un 28% de familias disfuncionales en un grupo de adultos de edad similar a la del presente estudio.³⁶

Por su parte, Moncada y López encontraron evaluaron la funcionalidad familiar (con el cuestionario FF-SIL) en adultos de edad similar a la del presente estudio, encontrando un porcentaje de familias disfuncionales (27.3%) ligeramente superior al del presente estudio y similar al estudio de Hernández Romero y cols.³⁷

En el análisis univariado, se encontró que los pacientes con hipercolesterolemia tuvieron significativamente mejor funcionalidad familiar que los pacientes con hipertrigliceridemia como se pudo demostrar por la mayor frecuencia de familias funcionales y moderadamente funcionales (86.3%) entre los pacientes con hipercolesterolemia. Mientras que los pacientes con hipertrigliceridemia tuvieron el mayor porcentaje de familias disfuncionales (29.7%). Sin embargo, al realizar el análisis multivariado, los niveles séricos de lípidos no fueron factores significativamente asociados a la funcionalidad familiar. Es decir, la asociación encontrada en el análisis univariado podría ser real o deberse a factores no evaluados, pero no ello no puede determinarse con el diseño del presente estudio.

Ahora bien, solamente un estudio previo, realizado por Moncada y López ha evaluado la asociación de funcionalidad familiar con dislipidemia, no encontrando asociación significativa de la funcionalidad familiar con los niveles séricos de lípidos, por lo que los hallazgos del análisis multivariado del presente estudio son similares

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a los reportados por Moncada y López; es decir, no hay asociación independiente y significativa de la funcionalidad familiar medida con el FF-SIL y los niveles de lípidos en pacientes con dislipidemia.³⁷

De manera similar, Blacio y cols. evaluaron la asociación del síndrome metabólico con funcionalidad familiar (medida con FF-SIL), no encontrando asociación significativa.²

A pesar de no haber encontrado en este estudio ni en la literatura¹⁻⁶ asociación significativa de funcionalidad familiar con los niveles de lípidos, el sexo masculino si se asoció significativamente con mayor riesgo de tener familias disfuncionales; por lo que, es importante que al evaluar a pacientes masculinos con dislipidemia se realicen evaluaciones de la funcionalidad familiar. Esta asociación de sexo masculino con disfunción familiar, podría explicarse por la diferente percepción que los hombres tienen con respecto a la funcionalidad familiar, dado que cuando se comparó la funcionalidad familiar entre hombres y mujeres, los primeros percibieron una mayor frecuencia de familias disfuncionales (34.3%) que las mujeres (15.9%).

Por otro lado, aunque en el análisis univariado se encontró una tendencia a asociación de desempleo y alfabetismo, esto no es claro por dos razones: 1. Porque los pacientes desempleados y analfabetas representaron menos del 3% del total de individuos incluidos en el estudio, y 2. Porque en el análisis multivariado estos factores no se asociaron significativamente a funcionalidad familiar en el presente estudio.

A pesar de no haber encontrado asociación de los niveles de lípidos séricos con la funcionalidad familiar, vale la pena continuar evaluando la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas incluidas las dislipidemias, para detectar a individuos que requieran intervención enfocada en mejorar la función familiar, ya que ello ha demostrado asociarse con mejor adherencia a tratamiento y con mejores niveles de control de enfermedades metabólicas.³⁸⁻⁴⁰

CONCLUSIÓN

1. La mayoría de los pacientes evaluados tenían familias funcionales, solamente alrededor de una cuarta parte de los participantes tuvieron disfunción familiar.
2. Los niveles séricos de lípidos no se asociaron significativamente con funcionalidad familiar.
3. El único factor independiente asociado con disfunción familiar fue el género masculino, lo que puede deberse a la más frecuente percepción de disfunción familiar entre los hombres.
4. Aunque no se encontró asociación de disfunción familiar con dislipidemia o niveles séricos de lípidos, se recomienda evaluar la funcionalidad familiar en estos pacientes ya que, la funcionalidad familiar afecta positivamente la adherencia a tratamiento y los resultados terapéuticos, de acuerdo con lo reportado en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

1. Miranda, Favela. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 51(6), 700-9.
2. Blacio, P. (2016). Síndrome Metabólico y su relación con la funcionalidad familiar en los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar, Santa Rosa 2016. Posgrado. Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana.
3. Moncada, J. (2016). Funcionalidad familiar y perfil lipídico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Pasaje 2016. Posgrado. Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana.
4. Ariza, E. and Londoño, N. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. (21), pp.28-40.
5. Cabezas, C. and Barrera, F. (2013). Disfunción familiar y su correlación con el estado metabólico en un club de pacientes con diabetes tipo 2 en Quito-Ecuador. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, [online] (38), pp.49-54. Available at:[http://Rev Fac Cien Med \(Quito\) 2013; 38:49-54](http://Rev Fac Cien Med (Quito) 2013; 38:49-54) [accesed 20 de jun. 2018].
6. Cano, E. (2016). Factores protectores y de riesgo en las complicaciones Cardiovasculares de los diabéticos de 40 a 79 años. Loja, 2016. Posgrado. Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana.

7. Aranda Vides E. Formación de familias en Tenerife: Modalidades y satisfacción. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación; 2016.
8. Montalvo Reyna J, Espinosa Salcido M, Pérez Arredondo A. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*. 2013; 3(28); 73-91.
9. Morrato Vázquez N, Zapata Posada J, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una Mirada a la producción durante el período comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*. 2015; 8(2):103-121.
10. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depression. *Rev Med Hered*. 2014;(25):57-59.
11. Huerta, G. José Luis. Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª Ed. México D.F.: Editorial Alfil, 2005.
12. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones: Fondo de Cultura Económica; 2006.
13. Sánchez. Modelo Terapéutico Estructural. México: Manual Moderno; 2000: 1-16.
14. Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *The Journal of Family Therapy*. 1999.
15. Huerta-Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1era ed. México: Afil; 2005.188p.
16. Aranda Vides E. Formación de familias en Tenerife: Modalidades y satisfacción. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación; 2016.
17. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clevelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de constructo del cuestionari FACES III en español (México). *Atención Primaria* [internet]. 2002. [acceso 03 de mayo de 2018]; 30(10):624-30. Disponible en:<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0036981928&partnerID=tZOtx3y1>
18. Pérez González E, Dela Cuesta Freijomil D, Louro Bernal I, Bayarre Va H. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la Salud Humana*.1997; 4(49).66:66.
19. Aguilar, C. (2016). Genética de las dislipidemias en México. *Instituto de Investigaciones Biomédicas. Universidad Nacional Autonoma de México.*, (XL), pp. 125-142.
20. Memoria estadística 2016 IMSS, Capítulo XIII Recursos humanos, materiales y financieros. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016>.
21. México en cifras. Aguascalientes: Población, Salud y seguridad social. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=01>
22. Organización Mundial de la Salud [Homepage en internet]. Organización Mundial de la Salud; 2014 [Actualizada 2016; Consultado 31 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/enfermedadescardiovascularesconenfoquede riesgo/es/>.
23. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depression. *Rev Med Hered*. 2014;(25):57-59.
24. Escobedo,J. (2014). Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CARMELA. *Gaceta*

Médica de México, [online] (150), pp.128-36. Available at:<http://Gaceta Médica de México. 2014; 150:128-36> [Accessed 31 May. 2018].

25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular.

26. Sociedad Internacional de Aterosclerosis: Recomendaciones generales para el tratamiento de la dislipidemia. Vol. 26. Num. 1. Enero-Febrero 2014.

27. Catapano,A. (2017). Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipidemias. Revista Española de Cardiología. [online] 70 (2),pp.115.e1-e64.Available at:[http://Rev Esp Cardiol.2017;70\(2\):115.e1-e64](http://Rev Esp Cardiol.2017;70(2):115.e1-e64) [accesed 31 May.2018].

28. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años 2014 - Guía No. 27.

29. Secretaría de Salud. Dislipidemias 2012-2018. México. Programa Sectorial de Salud. Gobierno de la República; 2014.

30. NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

31. Guía de práctica clínica “Diagnóstico y Tratamiento de Dislipidemias (Hipercolesterolemia) en el adulto”, México: Instituto Mexicano del Seguro Social,2016.

32. Secretaría de Salud. Manual de Guía Clínica de Orientación y psicoterapia familiar. México: Gobierno de la República; 2015 p. F04-SGC-01 Rev.2.

33. Escudero V. Guía práctica para la intervención familiar [internet].2nd ed. España: Ma. Concepción Loma Rodríguez: 2014 [cited 19 March 2018]. Available from:http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/Escudero_GPIF2.pdf.

34. Villalpando S, Rull RJ. The status of non-transmissible chronic disease in Mexico based on the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud pública Méx. 2010; 52(Suppl 1): S2-S3

35. Cassinda Vissupe MD, Angulo Gallo L, Guerra Morales VM, Louro Bernal I, Martínez González E. Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2016; 32(4): 1-10.

36. Hernández Romero Y, Pérez Cernuda C, Pérez Díaz R, Saavedra de la Cruz A, Tápanes Domínguez A, Legón Pérez T. Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. Rev Hosp Psiq Habana. 2012, 9(1).

37. Moncada Ordoñez MJ, López Magaña M. Funcionalidad familiar y perfil lipídico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Pasaje 2016. Universidad Nacional de Loja. Ecuador: 2017.

38. Fossati A, Somma A. Improving Family Functioning to (Hopefully) Improve Treatment Efficacy of Borderline Personality Disorder: An Opportunity Not to Dismiss. Psychopathology. 2018;51(2):149-159.

39. Almeida AC, Leandro E, Pereira MG. The Role of Family Functioning on Metabolic Control and Quality of Life in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus, Major Topics in Type 1 Diabetes, Kenia Pedrosa Nunes, IntechOpen, DOI:

10.5772/60732. Available from: <https://www.intechopen.com/books/major-topics-in-type-1-diabetes/the-role-of-family-functioning-on-metabolic-control-and-quality-of-life-in-adolescents-with-type-1-d>

40. Lewin AB, Heidgerken AD, Geffken GR, Williams LB, Storch EA, Gelfand KM, Silverstein JH. The relation between family factors and metabolic control: the role of diabetes adherence. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(2):174-83.



ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)		
Nombre del estudio:	"RELACION ENTRE LA PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISLIPIDEMIAS EN PACIENTES MAYORES DE 20 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES"		
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica		
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags Noviembre 2018		
Número de registro institucional:			
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la relación entre la percepción de funcionalidad familiar y dislipidemias en pacientes mayores de 20 años adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes. Existe discrepancia entre los diversos estudios analizados sobre la influencia de la funcionalidad familiar en relación con la presencia de dislipidemias, por lo que se busca encontrar en nuestra población en específico si esa relación está presente y su relevancia.		
Procedimientos:	Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se utilizará la técnica de cuestionario auto administrado como instrumento de evaluación del comportamiento alimentario		
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias en materia de implementación de estrategias en busca de mejorar los niveles lipídicos, valorando la necesidad de realizar intervenciones para mejorar la funcionalidad familiar como base para esto.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.		
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.		
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respeto a mi permanencia en el mismo. En caso de colección de material biológico (si aplica)		
Declaración de consentimiento:			
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:			
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.		
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.		
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigadora o Investigador Responsable:			
Colaboradores:			
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS; Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx			
Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx			
- Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	- Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento		
- Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	- Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma		
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013			

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ITEMS	INDICES
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio.	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen	Edad: Años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	1. ¿Cuál es su edad?	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años Más de 61 años
			Sexo: Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.	Clasificación de sexo del entrevistado	Cualitativa Nominal Dicotómica	2. Usted es	Hombre Mujer
			Escolaridad: Grado de estudio que la población de 5 años y más años de edad aprobó en el nivel más avanzado al que haya asistido dentro del Sistema Educativo Nacional	Grado de estudios realizados	Cualitativa Nominal	3. ¿Hasta qué año o grado aprobó en la escuela?	Ninguno Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria o bachillerato Normal Carrera Técnica Profesional Maestría Doctorado
			Estado conyugal: Condición de unión o matrimonio en el momento de la entrevista de las personas de 12 años y más años de edad, de acuerdo con las costumbres o leyes del país.	Condición de pareja del paciente	Cualitativa nominal	4. ¿Cuál es su estado conyugal actual?	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
			Ocupación: Tarea o actividad que desempeña la población ocupada en su trabajo.	Ocupación que desempeña	Cualitativa nominal	5. Su ocupación es.	Desempleado Trabajador o profesionalista Ama de casa Estudiante Jubilado Pensionado
		Características económicas: comportamiento humano en relación a sus necesidades					

VARIABLE	DIMENSION	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ITEMS	INDICES
<p>Funcionalidad familiar</p> <p>Conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta.</p>	<p>Se clasificará con el FF SIL en: Funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.</p> <p>Familia funcional: Cuando la familia cumple con las funciones básicas. De 57 a 70 puntos.</p> <p>Familia moderadamente funcional: Cuando la familia cumple parcialmente con las funciones básicas. De 43 a 56 puntos.</p> <p>Familia disfuncional: Cuando la familia no cumple con las funciones básicas. De 28 a 42 puntos</p> <p>Familia severamente disfuncional: Cuando la familia no cumple con las funciones básicas. De 14 a 27 puntos</p>	<p>Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas.</p> <p>Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.</p> <p>Comunicación: Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.</p> <p>Adaptabilidad: Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles ante una situación que lo requiere.</p> <p>Afectividad: Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.</p> <p>Rol: cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.</p> <p>Permeabilidad: Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.</p>	<p>Familia se enfrenta a toma de decisiones para cosas importantes, así mismo cuando algún integrante tiene un problema los demás lo ayudan.</p> <p>En la familia debe predominar la armonía respetando los intereses y necesidades de cada integrante.</p> <p>En la familia se expresan insinuaciones de forma clara y directa. Se deben conversar sin temor los diversos temas.</p> <p>Se pueden aceptar los defectos de los demás y sobrelvarlo. Ante determinadas situaciones las costumbres familiares pueden modificarse.</p> <p>Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana. La familia se demuestra el cariño que se tienen.</p> <p>En casa cada uno cumple con sus responsabilidades. Se deben distribuir las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.</p> <p>Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa Ordinal</p> <p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.</p> <p>8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.</p> <p>2. En casa predomina la armonía. 13. Los intereses y necesidad es de cada cual son respetados por el núcleo familiar.</p> <p>5. Nos expresamos insinuación es, de forma clara y directa. 11. Podemos conversar diversos temas sin temor</p> <p>6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrelvarlos. 10. Las costumbres familiares pueden modificarse e ante determinadas situaciones</p> <p>4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.</p> <p>3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades. 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.</p> <p>7. Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. 12. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.</p>	<p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p> <p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p> <p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p> <p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p> <p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p> <p>Escala de Likert: Casi siempre (5 puntos). Muchas veces (4 puntos). A veces (3 puntos). Pocas veces (2 puntos). Casi nunca (1 punto).</p>
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	INDICES
DISLIPIDEMIA	Aumento anormal de colesterol o triglicéridos en el organismo	Determinada por colesterol > a 200mg/dl y triglicéridos >a150md/dl	Colesterol Triglicéridos	Si No	Cualitativa- Nominal Cualitativa- Nominal	Colesterol > a 200mg/dl y Triglicéridos >a150md/dl

ANEXO C. HERRAMIENTA PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR
FF SIL

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

ANEXO B. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO APLICADO POR EL TESISISTA

ESTUDIO: "RELACION ENTRE LA PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISLIPIDEMIA EN PACIENTES MAYORES DE 20 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES"

SECCIÓN I: Posterior al llenado del consentimiento informado. A continuación se le solicita a usted contestar las siguientes preguntas, subrayando la opción de respuesta correcta.

Nombre: _____ NSS: _____

<p>1. ¿Cuál es su edad?</p> <p>a) 20 a 30 años b) 31 a 40 años c) 41 a 50 años d) 51 a 60 años e) Más de 61 años</p>	<p>4. ¿Cuál es su estado conyugal actual?</p> <p>a) Unión libre b) Separado c) Divorciado d) Viudo e) Casado f) Soltero</p>	<p>7. Puntaje FFSIL _____ Cohesión _____</p> <p>Adaptabilidad Interpretación del FF SIL () Funcional () Moderadamente funcional () Disfuncional () Severamente disfuncional</p>
<p>2. Usted es:</p> <p>a) Hombre b) Mujer</p>	<p>5. Su ocupación es:</p> <p>a) Desempleado b) Trabajador o profesionista c) Ama de casa d) Estudiante e) Jubilado o pensionado</p>	<p>COLESTEROL: TRIGLICERIDOS: TOMA BEZAFIBRATO: TOMA PRAVASTATINA:</p>
<p>3. ¿Hasta qué año o grado aprobó en la escuela?</p> <p>a) Ninguno b) Preescolar c) Primaria d) Secundaria e) Preparatoria o bachillerato f) Normal g) Carrera técnica h) Profesional i) Maestría j) Doctorado</p>	<p>6. ¿Padece usted alguna enfermedad? SI NO</p> <p>¿Cuál es?</p> <p>a) Diabetes Mellitus - b) Hipertensión Arterial - c) Dislipidemia - d) Sobrepeso - e) Obesidad -</p>	

ANEXO C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAYO-JUNIO 2018	JULIO-AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE- OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2018	ENERO-FEBRERO 2019
1.Elección del tema	X				
2.Acopio de información	X				
3.Revisión de la literatura	X				
4.Diseño de protocolo	X				
5.Planteamiento del problema	X				
6.Identificación de antecedentes	X				
7.Justificación	X				
8. Envío del protocolo al comité local	X				
9.Revisión y modificación del protocolo		X			
10.Registro del protocolo		X			
11.Aprobación del protocolo			X		
12. Trabajo de campo				X	
13.Captura y tabulación				X	
14.Análisis de los resultados				X	
15.Elaboración de informe final					X
16.Discusión de resultados					X