



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 189
DELEGACION ORIENTE.**

**ASOCIACION DE HABITOS ALIMENTARIOS E INTEGRACION FAMILIAR EN
PACIENTES CON DISLIPIDEMIA EN LA UMF 189**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. FERNANDO GONZALEZ JIMENEZ

ESTADO DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ASOCIACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS E INTEGRACIÓN FAMILIAR EN
PACIENTES CON DISLIPIDEMIA EN LA UMF 189.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. FERNANDO GONZÁLEZ JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES



E. MF ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°.78 NEZAHUALCOYOTL



ASESOR METODOLÓGICO **ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES**

MÉDICA FAMILIAR UMF 195

MATRÍCULA 99380312

CORREO ELECTRÓNICO *aledefra2001 @ yahoo.com.mx*

NÚMERO TELEFÓNICO 044 55 48 70 31 62



DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

ESTADO DE MEXICO ORIENTE



DELEG. DEL ESTADO DE MEXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

**"ASOCIACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS E INTEGRACIÓN FAMILIAR
EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA EN LA UMF 189"**

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

PRESENTA

DR. FERNANDO GONZÁLEZ JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401 con número de registro **13 CI 15 033 234** ante COFEPRIS

H GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **10/02/2017**

DR. FERNANDO GONZALEZ JIMENEZ

PRESENTE

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

ASOCIACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS E INTEGRACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA EN LA UMF 189

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2017-1401-16 |

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE GENERAL

Contenido

| | |
|----------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MARCO TEÓRICO..... | 2 |
| JUSTIFICACIÓN | 8 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 9 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 9 |
| OBJETIVOS | 10 |
| HIPÓTESIS | 10 |
| MATERIAL Y MÉTODOS..... | 10 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: | 18 |
| RESULTADOS..... | 19 |
| DISCUSIÓN | 21 |
| CONCLUSIONES..... | 23 |
| BIBLIOGRAFÍA | 24 |
| ANEXOS | 28 |

RESUMEN ESTRUCTURADO

Asociación de hábitos alimentarios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189.

Los principales factores que se asocian con el riesgo de obesidad y dislipidemia son: una limitada actividad física, antecedentes familiares de obesidad, características genéticas, el consumo excesivo de productos ricos en grasas y azúcares estimulado por campañas publicitarias; mayor peso al nacimiento, ganancia acelerada de peso en el primer año de vida y el número de horas de sueño. La familia es una organización sociocultural de gran importancia la cual genera y hereda diferentes patrones de conducta entre ellos los alimentarios. Los hábitos alimentarios se transmiten de padres a hijos y están determinados por factores como el lugar geográfico, la disponibilidad de la región, costumbres, también la capacidad de adquisición, la forma de selección, preparación de los alimentos y la manera de consumirlos (horarios, compañía); el contexto social actual en el que se desenvuelve la familia moderna, da lugar a que los planes sobre la alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente entre padres e hijos por lo que las decisiones finales, en muchos casos, se ven condicionados por la insistencia y la manipulación de los menores. **MATERIAL Y METODOS.** Se llevo a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar 189 en Chimalhuacán, la cual consta de 6 consultorios de Medicina familiar, 1 de atención médica continua, 1 consultorio de nutrición. Se realizarán 2 cuestionarios. Uno que medirá los hábitos alimentarios y el segundo la integración familiar. Donde se obtuvieron datos de 288 derecho habientes de entre 20 a 49 años, todo esto en un lapso de 6 meses, ambos géneros con dislipidemias. **OBJETIVO.** Determinar el grado de asociación entre los hábitos alimenticios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189. **RESULTADOS.** Los datos de dislipidemia obtenidos de acuerdo con lo recolectado en 288 encuestas, se demostró que 106 (35.3%) pacientes padecen de hipercolesterolemia, 123 (41%) hipertrigliceridemia y 71 (27.3%) ambas patologías. Concluyendo, la prevalencia más común es el de las hipertrigliceridemias. En la integración familiar se demostró que el 26.3% tienen un nivel bajo, el 36% un nivel medio, el 37.7% un nivel alto. **CONCLUSIONES.** De acuerdo con los estudios realizados, y los datos recabados, la mayor frecuencia se presentó en nivel malo de hábitos alimenticios, nivel alto de integración familiar, niveles anormales de triglicéridos, mujeres y edad entre 41 a 49 años. Lo anterior muestra que los hábitos alimenticios no están asociados a un nivel alto de integración familiar.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es el acto por el cual **se proporcionan o suministran alimentos al organismo. Ésta puede estar basada en el plato del buen comer, pero en la actualidad es difícil seguir una dieta equilibrada y balanceada y como consecuencia se desarrollan enfermedades crónico-degenerativas.**

La dislipidemia es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía isquémica, primera causa de mortalidad en el mundo.¹ Se caracteriza por un conjunto de enfermedades asintomáticas que se caracterizan por ser causadas por concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas. En la práctica son detectadas al medir la concentración sanguínea de los lípidos que transportan las lipoproteínas en su interior, es decir, por valores anormales de colesterol, triglicéridos o colesterol HDL (por sus siglas en inglés: high density lipoprotein).²

En México se ha observado que la principal causa de mortalidad son las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, entre otras.³ Un estilo de vida saludable ayuda a prevenir estas enfermedades.⁴ Los hábitos y conductas de la vida diaria determinan el estilo de vida de los individuos,⁵ sobre éstos los factores que podrían incidir desde un entorno personal como social son demográficos (edad, sexo, raza), socioculturales (nivel educativo, ingresos económicos), biológicos (paridad), conductuales (ingesta alimentaria, tabaquismo, ingesta de alcohol) y actividad física (sedentarismo).⁶ Dentro del ámbito personal la familia es una herramienta importante para favorecer buenos hábitos de alimentación como consumir frutas y verduras, cereales y leguminosas y productos de origen animal, de acuerdo a las necesidades dietéticas de cada integrante, realizar tres comidas y dos colaciones, etc.⁷ Sin embargo, la familia no siempre presenta estas conductas esperadas debido a factores como el nivel de integración dentro de ellas y el nivel socioeconómico, por lo que el sobrepeso y la obesidad inician cada vez a edades tempranas como la niñez y adolescencia.⁸

Ante este problema de salud es importante saber dónde se originan o afectan los hábitos alimenticios. El objetivo de este estudio es mostrar si existe asociación entre el nivel de integración familiar y el nivel de hábitos alimenticios en pacientes derechohabientes de 20 a 49 años con dislipidemias que se presentaron en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 189 en Chimalhuacán Estado de México.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en México; entre los factores de riesgo se encuentra el hipercolesterolemia, cuya incidencia ha ido en aumento por el consumo de grasas saturadas, el sedentarismo y otros factores de riesgo mayores como el tabaquismo, la diabetes y la hipertensión arterial.⁹ Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. Su búsqueda intencionada es indispensable para un diagnóstico y tratamiento oportuno. La dislipidemia se clasifica por síndromes que engloban una variedad de etiologías y distintos riesgos cardiovasculares.⁹

Las dislipidemias se clasificaban en el pasado de acuerdo con los patrones y la elevación de la concentración de lípidos y lipoproteínas. Un sistema más práctico clasifica las dislipidemias en primarias o secundarias y las caracteriza en trastornos con aumento aislado del colesterol (hipercolesterolemia pura o aislada), aumento aislado de los triglicéridos (hipertrigliceridemia pura o aislada) o del colesterol y los triglicéridos (hiperlipidemias mixtas o combinadas).¹⁰ Este sistema no tiene en cuenta los trastornos de lipoproteínas específicas (p. ej., concentración baja de HDL o alta de LDL) que pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad con concentraciones normales de colesterol y triglicéridos.

Las causas primarias (genéticas) y las secundarias (del estilo de vida y otras) contribuyen al desarrollo de diversos grados de dislipidemias. Por ejemplo, la enfermedad puede expresarse sólo en presencia de causas secundarias significativas. Las causas primarias son mutaciones únicas o múltiples que conducen a la hiperproducción o la eliminación defectuosa de triglicéridos y colesterol LDL o a la producción deficiente o la eliminación excesiva de HDL. Los trastornos primarios, que son la causa más frecuente de dislipidemia en los niños, no producen muchos casos en adultos. Los nombres de muchos de estos trastornos reflejan una nomenclatura antigua, en la cual las lipoproteínas se detectaban y se identificaban en función de su separación en bandas α (HDL) y β (LDL) en electroforesis en gel.

Las causas secundarias contribuyen al desarrollo de la mayoría de las dislipidemias en los adultos. La causa secundaria más importante en los países desarrollados es el estilo de vida sedentario y la ingesta excesiva de grasas saturadas, colesterol y grasas trans. Estas últimas son ácidos grasos poliinsaturados o mono insaturados

con átomos de hidrógeno agregados que suelen encontrarse en muchos alimentos procesados y son tan aterogénicos como las grasas saturadas. Otras causas secundarias frecuentes son la diabetes mellitus, el alcoholismo, la nefropatía crónica, el hipotiroidismo, la cirrosis biliar primaria y otras hepatopatías colestásicas, además de ciertos fármacos, como tiazidas, betabloqueantes, retinoides, antirretrovirales muy activos, estrógenos, progestágenos y glucocorticoides.¹¹

El sobrepeso y obesidad corporal o central contribuyen al desarrollo de dislipidemias.¹⁰ El nivel de colesterol sanguíneo tiene una relación lineal con el riesgo de enfermedad coronaria y es un factor de riesgo modificable. Se estima que, en los países de ingreso alto, los niveles de colesterol-LDL por arriba de 147 mg/dL (3.8 mmol/L) son responsables de más de 50 % de las enfermedades cardiovasculares.¹¹

En todos los adultos ≥ 20 años, debe solicitarse un perfil lipídico en ayunas (CT, TG, colesterol HDL y colesterol LDL calculado), que es necesario repetir cada 5 años. La medición de los lípidos debe combinarse con la identificación de otros factores de riesgo cardiovascular, por ejemplo, diabetes mellitus, tabaquismo e hipertensión arterial.¹⁰ Todo esto es debido a los cambios en el estilo de vida ya que son un elemento principal en la estrategia de prevención primaria y secundaria.¹²

Del 28 de enero al 1 de febrero de 2002 se celebró en Ginebra una consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas. La consulta reconoció que la epidemia creciente de enfermedades crónicas que aqueja tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo está relacionada con los cambios de los hábitos alimentarios y del modo de vida. Durante la pasada década se han acelerado los rápidos cambios experimentados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados. Esto está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países de transición. Los cambios de la economía alimentaria mundial se han reflejado en los hábitos alimentarios, por ejemplo, hay mayor consumo de alimentos muy energéticos con alto contenido de grasas, en particular grasas saturadas y bajos en carbohidratos no refinados. Estas características se combinan con la disminución del gasto de energético que conlleva un modo de vida sedentario.¹³

Debido a estos cambios en los hábitos alimentarios y el modo de vida, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) incluidas la obesidad, la diabetes

mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer son causas cada vez más importantes de discapacidad y muerte prematura en los países tanto en desarrollo como recién desarrollados y suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios adicionales ya sobrecargados.

La consulta brinda a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) la oportunidad de emplear los últimos datos científicos disponibles y actualizar así las recomendaciones de acción para los gobiernos. El objetivo general es poner en práctica políticas y estrategias más eficaces y sostenibles a fin de abordar los crecientes retos para la salud pública relacionados con el régimen alimentario y la salud.¹⁴

La nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la vida. Los ajustes alimentarios no solo influyen en la salud del momento, sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en diferentes etapas de la vida. La actividad física como parte del régimen alimentario, la nutrición y la salud.¹⁵

Algunos aspectos pertinentes que es preciso subrayar son los siguientes:

1. El gasto energético asociado a la actividad física es una parte de la ecuación de equilibrio energético que determina el peso corporal. La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.
2. La actividad física tiene gran influencia en la composición del cuerpo: en la cantidad de grasa, de músculo y de tejido óseo.
3. La actividad física y los nutrientes comparten en gran medida las mismas vías metabólicas y pueden interactuar de diversas maneras que influyen en el riesgo y la patogénesis de varias enfermedades crónicas.
4. Se ha comprobado que el buen estado cardiovascular y la actividad física reducen significativamente los efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud.

5. La actividad física y la ingesta de alimentos son comportamientos tanto específicos como interactivos, en los que influyen y pueden influir en parte las mismas medidas y políticas.
6. La falta de actividad física es ya un riesgo para la salud mundial y es un problema extendido y en rápido aumento en los países tanto desarrollados como en desarrollo, sobre todo entre las personas pobres de las grandes ciudades.

Este informe insta a modificar el marco conceptual para desarrollar estrategias de acción y situar la nutrición.¹⁶

Los alimentos que consume la gente, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas. En este sentido la familia es una organización sociocultural de gran importancia la cual genera y hereda diferentes patrones de conducta, entre ellos los alimentarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.¹⁷

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.¹⁸

Existen diferentes tipos de familias:

1. Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».
2. Familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
3. Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
4. Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.¹⁹

La familia es un sistema compuesto por varias partes que son fundamentales y que están relacionadas entre sí con el objetivo de llegar a un resultado. El sistema determina su orden y su secuencia con las acciones, las respuestas y las

interacciones de sus partes. El sistema está vivo sólo cuando sus partes están presentes.

Es posible estudiar a la familia como un sistema en el que cada una de sus partes, es decir, cada uno de los elementos de la familia (hijos, padres, hermanos) experimenta distintas situaciones como el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicarse entre sí. Estas experiencias son necesarias en nuestra forma de vivir y nos enseñan a convivir con otras personas.²⁰

Los hábitos alimenticios se transmiten de padres a hijos y están influidos por factores como el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, pero también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la manera de consumirlos (horarios, compañía).

Para mantener un equilibrio biopsicosocial es muy importante llevar una alimentación adecuada. No sólo es importante la cantidad de alimentos que comemos, sino también su calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado de nuestra salud. Por eso es necesario saber qué nos aporta cada alimento, para así saber elegir un plato o menú más saludable.²¹

El modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos se encuentran fuertemente condicionados durante la etapa infantil por el contexto familiar.²² La familia puede ejercer una gran influencia en la dieta de sus integrantes y el desarrollo de sus hábitos alimentarios.

El contexto social actual en el que se desenvuelve la familia moderna da lugar a que los planes sobre la alimentación sean discutidos y negociados frecuentemente entre padres e hijos, por lo que las decisiones finales, en muchos casos, se ven condicionadas por la insistencia, cuando no por la manipulación de los menores.^{23,24}

La falta de adherencia al tratamiento nutricional, además de ser una de las causas principales de las complicaciones de enfermedades crónicas (sobre todo cuando se requiere de cambios en el estilo de vida y cuando el resultado es la prevención y no el alivio del síntoma), implica una alta carga económica a los individuos y a la sociedad.

El sujeto que padece una enfermedad crónica tiene una historia dentro de una sociedad con sus creencias y costumbres y por tanto es necesario involucrar al núcleo más cercano: la familia.

Hoy en día se ha producido un incremento en el consumo de alimentos de origen animal, así como de bebidas carbonatadas de elevado contenido calórico. También un consumo excesivo de jugos y frutas en escolares. Otros factores son el estilo de vida actual, los horarios laborales de los padres dificultan la tarea diaria de la elaboración de alimentos optando por comidas precocinadas y bebidas carbonatadas en lugar de agua. El hábito de comer fuera de casa de manera permanente contribuye al incremento progresivo de tejido adiposo, además algunas personas realizan la comida principal del día a día en su centro laboral siendo ineficiente con alto contenido en grasas polinsaturadas.²⁵

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

Para mantenernos sanos y fuertes, es muy importante llevar una alimentación adecuada. No sólo es importante la cantidad de alimentos que comemos, sino también su calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado de nuestra salud. Por eso es necesario saber qué nos aporta cada alimento, para así saber elegir un plato o menú más saludable.²⁶

Los alimentos son lo único que proporciona energía y diversos nutrientes necesarios para crecer sanos, fuertes y poder realizar las actividades diarias. Ninguna persona logra sobrevivir sin alimento y la falta de alguno de los nutrientes ocasiona problemas graves en la salud. Sin embargo, no se trata de comer por comer, con el único fin de saciar el hambre, sino de obtener por medio de los alimentos, los nutrientes necesarios para poder realizar todas nuestras funciones según la actividad física que se desarrolle, el sexo, la edad y el estado de salud. Consumir pocos o demasiados alimentos y de forma desbalanceada, tiene consecuencias que pueden ser muy graves: por un lado, si faltan algunos nutrientes en el organismo, hay desnutrición, que es muy grave y frecuente en niños de todos los ámbitos sociales, y por otro si se comen cantidades excesivas se puede desarrollar obesidad.²⁷

Los cambios en los hábitos alimentarios suelen percibirse como algo desagradable y difícil de seguir, en las personas que intentan adelgazar se produce un 90% de fracasos. Las dietas tienen más posibilidades de éxito cuando esta individualizada y adaptada al perfil fisiológico y conductual del paciente. Dentro del rubro de los pacientes con dislipidemias se debe observar y estudiar sus hábitos alimentarios y se deberá ajustar los cambios que deberá hacerse solo a los alimentos o grupo de alimentos que el paciente consume de forma inadecuada. Esto puede facilitar que el paciente se adhiera mejor con el plan dietético. Igualmente, la implantación de ejercicio debe ser progresiva partiendo de una línea base. Para saber qué cambios debe llevar con los pacientes con dislipidemia tenemos que conocer previamente cuáles son sus hábitos alimentarios.²⁸

JUSTIFICACIÓN

La dislipidemia es una enfermedad crónica degenerativa, cuyo tratamiento lleva implícitamente cambios en los estilos de vida ya que es de gran magnitud el aumento a nivel mundial de dicha patología y hábitos alimentarios, sin embargo en ocasiones éstos objetivos no son alcanzados debido a la falta de compromiso por parte de la familia ya que no están acostumbrados al cambio radical, desconociendo el estado nutricional, las propiedades de los alimentos como una dieta balanceada ya que por el contrario de acorde al estilo de vida como el sedentarismo por los avances tecnológicos o los malos hábitos alimentarios propician el desequilibrio homeostático del ser humano el cual conlleva a un trascendente estado patológico como la dislipidemia, sobrepeso u obesidad, posteriormente debido al gran aumento de dichas patologías son vulnerables dando como resultado las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones. Todo comienza desde el hogar, lo que comemos en el día a día alimento alto en grasas saturadas, la comida rápida son solo algunos de los alimentos hoy en día más comunes en el consumo de la vida cotidiana aumentando los gastos económicos y afectando la vida social. Tomando en cuenta que la dislipidemia se ha vuelto una de las enfermedades más peligrosas, si no se le da un tratamiento adecuado y a tiempo, ya que puede provocar una muerte prematura. Estas conductas se perpetúan de generación en generación por lo cual es importante que la integración de la familia sea un punto clave de apoyo para la erradicación de dicha enfermedad, proporcionando información adecuada para hacer una concientización de los buenos hábitos alimentarios, llevando al conocimiento de dietas bien estructuradas y con fundamentos, logrando una salud estable, para una vida plena.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los casos de dislipidemias han ido en aumento, no solo por los malos hábitos alimentarios que se han adoptado a lo largo del tiempo, sino también por la influencia que tiene la familia desde que nacemos, el impacto del avance tecnológico tiene como uno de los resultados el sedentarismo, comer de una manera desmesurada; excediendo el consumo de grasas saturadas, etc. Lo que conlleva a una afección de salud del organismo limitándolo en funciones y como consecuencia de ello, podríamos hablar de una muerte prematura, enfermedades cardiovasculares, cáncer; entre otras. La familia es una institución social de gran importancia no sólo porque en ella se gestan funciones que permiten a sus individuos su desarrollo individual sino también colectivo. Conocer la integración de esta familia nos permite reconocer a su vez el grado de involucramiento entre los miembros. Los hábitos alimentarios son parte crucial en el tratamiento de enfermedades como la dislipidemia, estas conductas se perpetúan de generación en generación por lo cual es importante conocer qué grado de integración muestran las familias con un miembro portador de dislipidemia y los hábitos alimenticios se transmiten de padres a hijos y están influidos por factores como el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, pero también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la manera de consumirlos (horarios, compañía). Es muy importante conocer la asociación que guarda con los hábitos alimenticios ya que de esto nos conllevará a prevenir o visualizar el aumento de pacientes con dislipidemia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué grado de asociación existe entre los hábitos alimentarios e integración familiar en pacientes con dislipidemia?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de asociación entre los hábitos alimenticios e integración familiar en pacientes con dislipidemia.

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Conocer la integración familiar de los pacientes con dislipidemia.
2. Describir los hábitos alimentarios de los pacientes con dislipidemia.

HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio observacional, transversal, descriptivo no lleva hipótesis, se elaborará una hipótesis de trabajo

Se encuentra una fuerte asociación de hábitos alimentarios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio se determinó el grado de asociación que se presenta entre los hábitos alimenticios y la integración familiar mediante dos cuestionarios en los cuales se describieron y conocieron dicha asociación ya que hoy en día se tiene un aumento en dicha patología de la dislipidemia y que a su vez puede llevar a padecer enfermedades crónico-degenerativas como lo son las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus. Participaron personas de ambos sexos con un rango de edad de los 20 a 49 años. Dicho estudio se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar #189 en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

Diseño del estudio.

Tipo de estudio

Observacional, Transversal, Descriptivo

Población de estudio

Lugar de estudio

Unidad de Medicina Familiar 189 en Chimalhuacán, Estado de México, la cual consta de 6 consultorios de Medicina familiar, 1 de atención médica continua, 1 consultorio de nutrición.

Población en estudio

Pacientes de ambos sexos con un rango de edad entre los 20 y 49 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 189 en Chimalhuacán, Estado de México.

Criterios de inclusión

Pacientes derechohabientes de 20 a 49 años
con dislipidemias.

Ambos géneros

Consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión

Enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión
arterial sistémica

Familias que estén cursando con alguna situación no normativa
(duelo, hospitalización de algún familiar).

Criterios de eliminación

Encuesta incompleta.

Universo y muestra

Tamaño de muestra.

Fórmula:

$$n = Z^2 \times pqd^2 (N-1) z^2pq$$

En dónde:

n= tamaño de la muestra requerido.

N= Universo

Z= nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

p= prevalencia estimada de dislipidemia del 34%

d= margen de error de 10% (valor estándar de 0.10)

q= proporción de los que no cuentan con característica a estudiar

$$n=288$$

Logística

Después de la autorización del presente protocolo, se solicitó permiso al director de la UMF #189 del municipio de Chimalhuacán Estado de México. Se aplicaron los cuestionarios. A los pacientes que desearon participar se les pidió que firmaran el consentimiento informado. Se les indico de que trataba el estudio asegurándose que el entrevistado entendiera las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario; una vez aplicados los cuestionarios se procedió a capturar los resultados en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de los resultados.

Técnica de recolección de datos

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consistió en una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tuvo la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se obtuvo más información para la interpretación de los resultados.

Instrumento para medir hábitos alimenticios e integración familiar

Hábitos alimenticios

Se utilizó el instrumento de Hábitos alimenticios de Rodríguez et al.,²⁹ consta de 8 factores en los que se agrupan 36 preguntas. El primer factor contiene las preguntas relacionadas con el consumo de azúcar en la dieta. El segundo factor hace referencia al cumplimiento de normas dietéticas relacionadas con una alimentación saludable. El tercer factor se refiere a la práctica habitual o sistemática de ejercicio físico. El cuarto factor engloba las preguntas que se refieren al contenido calórico de la propia dieta. El quinto factor contiene preguntas relativas al hecho de ingerir alimentos por bienestar psicológico. El sexto factor engloba las preguntas relacionadas con el tipo de alimentos que consumen más frecuentemente. El séptimo factor contiene preguntas que indagan sobre el conocimiento y control de los sujetos sobre qué y cuánto comen. Por último, el octavo factor engloba las preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas.

Es un instrumento en español por lo cual no amerita adaptación por idioma, el cual ha sido validado es fácil de administrar e interpretar, puede utilizarse de manera individual y colectiva, con fines diagnósticos y de seguimiento.

Integración familiar

Se trata de un Inventario de Integración Familiar diseñado por Arias et al.,³⁰ que consta de 52 ítems dispuestos en una escala tipo Likert, y cuenta con criterios de validez y confiabilidad óptimos ($\alpha = .739$).

Acorde a la calificación la integración familiar se clasifica en:

- Un nivel bajo de integración familiar se ubica entre valores de 94 a 200.
- Un valor moderado de integración familiar se ubica en un rango de 201 a 235.
- Un nivel alto de integración familiar toma puntajes desde 236 a 260

Análisis estadístico

Los datos se analizaron como variables cualitativas ya que su variabilidad no puede ser expresada numéricamente. La descripción de estas variables consistió básicamente en una tabulación de las frecuencias absoluta (fa) y relativa (fr) y en su representación gráfica mediante un diagrama de barras. Se empleó el programa IBM SPSS Statistics Editor de datos V.21 para el análisis de los datos, mediante frecuencias, se aplicó estadística inferencial χ^2 para determinar la asociación entre variables. Se tomó como significancia un valor de $p < 0.05$.

Definición de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de Medición | Unidad de Medición |
|----------------------|---|--|------------------|--------------------|--|
| Dislipidemia | Conjunto de enfermedades asintomáticas de las que se tienen concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. | Es un síndrome que engloba una variedad de etiologías y distintos riesgos cardiovasculares. | Cuantitativa | Nominal. | a) colesterol b) triglicéridos. |
| Hábitos alimenticios | Conjunto de conductas adquiridas por un individuo por la repetición de actos en cuanto a la selección, preparación y el consumo de alimentos. | Son las formas de alimentación que los individuos adquieren con control y sin el como una forma de vida que puede en algunos casos producir problemas de salud | Cualitativa | Nominal | a) excelente b) bueno c) regular d) malo e) muy malo |
| Integración familiar | Es un sistema constituido por miembros unidos por relaciones de alianzas y consanguinidad, ordenados en base a mitos y reglas heredadas interactuando y creando su peculiar modo de organización. | Es una característica fundamental en las familias ya que en la medida que todos y cada uno de los integrantes del sistema familiar se van ajustando psicológica y socialmente entre sí. Inventario de integración familiar diseñado por Arias, et al que consta de 52 ítems. Con un nivel bajo de integración con valor de 94-200; valor moderado de 204-235; nivel alto de 237 a 260. | Cualitativa | Nominal. | a) Valor nivel bajo de integración familiar. b) Valor moderado de integración familiar. c) Nivel alto de integración familiar. |
| Sexo | Factores genéticos que determinan en un individuo la pertenencia a un grupo de masculino o femenino | Factores genéticos que determinan en un individuo la pertenencia a un grupo de masculino o femenino. | Cualitativa. | Nominal. | 0 Hombre 1 Mujer |
| Edad | Años cumplidos de nacimiento | Cantidad de años que se tiene cuando el paciente llega a la primera consulta. | Cuantitativa | Discontinua | Numérico 20 a 49 |

Aspectos éticos

Este estudio de investigación es lícito pues la aplicación de la estrategia no pone en peligro la vida de los pacientes y si proporciona beneficios mediatos y, que de alcanzarse el objetivo propuesto nos dará información que será de beneficio. El estudio se apega a los principios básicos para toda investigación médica dados a conocer en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial , adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 54ª asamblea general de la Asociación Médica Mundial, Tokio, 2004, así como en la Ley General de Salud y el instructivo del CLIS del Instituto Mexicano del Seguro Social “Manual de Procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación en salud presentadas ante el Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (Norma 2810-003- 002)

Se realiza de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud dentro de los artículos: 167, 168, 171 en reglamento de la ley general de salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica. La ley general de salud en artículos 1º, 3º, 4º, 5º, 7º, y 8º ley del sistema de asistencia social.

TITULO QUINTO CAPITULO UNICO.

ARTICULO 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen. III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

También se apega a las normas éticas contempladas en la Ley General de salud en materia de investigación médica mundial, reunida en Helsinki (1975) y enmendado en Hong Kong en 1989 por la misma asamblea y modificada en Edimburgo en el año 2000.en el cual el principio básico es el respeto del individuo (artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a toma decisiones informadas (consentimiento informado) (artículos 21, 22 y 23) incluyendo la participación en la investigación tanto al inicio como durante el curso de la investigación . el deber del investigador tanto al inicio como durante el curso de la investigación. el deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista la necesidad de una investigación el bienestar del sujeto debe ser precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

El presente estudio se apegó a la normativa vigente en materia de investigación en sus artículos 14 y 17, ingresando el consentimiento informado de los tutores y

consentimiento de los adultos con estricta confidencialidad en manejo de los datos, los cuales serán de forma grupal y nunca de forma individual, el presente estudio tiene un riesgo mínimo por el manejo de datos.

Para lo anterior se otorgó consentimiento informado a los pacientes participantes.

Recursos humanos y físicos, financiamiento y factibilidad

- Investigador principal (Asesor teórico-metodológico)
- Investigador asociado (Tesisista)
- Encuestador
- Encuestados
- Unidad de medicina familiar No 189
- Papelería cédulas de evaluación
- Lápices
- Computadora
- Impresora
- Conexión a internet
- Programas de Software (SPSS v.21)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| ACTIVIDADES | Año | 2016 | | | | | | | | | | | | 2017 | | | | | | | | | | | | 2018 | |
|--|-----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|--|
| | Mes | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | E | F | | |
| 1. Delimitación del tema a estudiar | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Recuperación, revisión y selección de la bibliografía | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.- Pregunta de investigación, Marco teórico | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Planteamiento del problema: Objetivos, Justificación, hipótesis, Diseño, planteamiento del análisis estadístico | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.- Bibliografía y anexos Registro en SIRELCIS y envió a CLIS | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.- Número de Folio por CLIS | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.- Realización de modificaciones y reenvío a CLIS | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.- Autorización de protocolo por CLIS | | | | | | | | X | X | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Recolección de la información | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| 8. Análisis de los resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| 9. Escritura de informes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | |
| 10.- Notificación del término al CLIS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| 11.- Difusión del Trabajo de Investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |

RESULTADOS

De las encuestas realizadas, se tiene que más del 50 % fueron contestadas por mujeres y en un menor porcentaje hombres.

Tabla 1 Datos sociodemográficos del estudio de Asociación de hábitos alimentarios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189.

| Variable | N-288 | |
|-------------|------------|------|
| | Frecuencia | % |
| Sexo | | |
| ▪ Hombre | 193 | 67.0 |
| ▪ Mujer | 95 | 33.0 |
| Edad | | |
| ▪ 20 a 30 | 96 | 33.3 |
| ▪ 31 a 40 | 66 | 22.9 |
| ▪ 41 a 49 | 126 | 43.8 |

Fuente: encuestas realizadas en la UM#189 Instituto Mexicano Del Seguro Social del periodo de marzo-abril 2017.

El Nivel de hábitos alimenticios de la UMF 189 de las 288 encuestas, el 35.4 % de los derechohabientes presentaron un nivel malo de hábitos alimenticios, esto corresponde a 102 encuestas; así mismo, se observó que el nivel regular de hábitos alimenticios ocupa el segundo lugar en orden de importancia, de acuerdo con el porcentaje de mayor a menor valor mostrado en las encuestas. En relación con 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.⁹ Para estudiar este padecimiento, se analizó una muestra total de 288 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 189 en Chimalhuacán Estado de México, de 20 a 49 años con dislipidemia.

El nivel de Nivel de integración familiar de las 288 encuestas aplicadas se obtuvieron los siguientes resultados: 37.7 %, 36.5 % y 26.0 %, para el nivel alto, medio y bajo respectivamente (Cuadro 2). Los datos anteriores mostraron que, los pacientes derechohabientes que asisten a la UMF 189 en Chimalhuacán tienen un nivel de integración familiar alto y medio lo que podría deberse a que los padres y madres de familia tienen una sana convivencia entre sus integrantes, solucionando de la mejor manera sus problemas familiares, cuentan con conocimientos para guiar a

sus hijos durante las diferentes etapas de la vida, tienen una relación de pareja sana, entre otros factores de esta índole. En la actualidad, el tema de la familia presenta una gran importancia debido a que la violencia coloca a prueba a millones de familias de distintos niveles de integración familiar. Tabla 2

Tabla 2 Nivel de hábitos alimenticios, dislipidemia y nivel de integración familiar del estudio de Asociación de hábitos alimentarios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189.

| Variable | N-288 | |
|--------------------------------------|------------|------|
| | Frecuencia | % |
| Nivel de hábitos alimenticios | | |
| ▪ Muy malo | | |
| ▪ Malo | 46 | 16.0 |
| ▪ Regular | 102 | 35.4 |
| ▪ Bueno | 72 | 25.0 |
| ▪ Excelente | 40 | 13.9 |
| | 28 | 9.7 |
| Pacientes con dislipidemia | | |
| ▪ Colesterol | 101 | 35.1 |
| ▪ Triglicéridos | 120 | 41.7 |
| ▪ Ambas | 67 | 23.3 |
| Nivel de integración familiar | | |
| ▪ Bajo | 75 | 26.0 |
| ▪ Medio | 105 | 36.5 |
| ▪ Alto | 108 | 37.5 |

Fuente: encuestas realizadas en la UM#189 Instituto Mexicano Del Seguro Social del periodo de marzo-abril 2017.

Uno de los objetivos del presente estudio fue analizar la posible asociación entre el nivel de integración familiar y el nivel de hábitos alimenticios de pacientes derechohabientes de 20 a 49 años con dislipidemias que se presentaron en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 189 en Chimalhuacán Estado de México. Los resultados obtenidos al aplicar las encuestas se muestran en la tabla 3

Al aplicar la estadística analítica mediante tablas de contingencia ($k * R$),³³ para el contraste de hipótesis y pruebas basadas en la distribución Chi-cuadrada se obtuvieron los valores teóricos bajo la hipótesis de no asociación entre variables (Cuadro 7), un valor de $X^2_{\text{experimental}} = 13.87$. El punto crítico para una distribución con 8 grados de libertad (son igual al producto del número de categorías menos 1, que tiene cada variable, es decir, (3-1) (5-1) =8) $\alpha=0.05$, es 15.50

El valor experimental es menor que $X^2_{de\ tablas}$, se acepta H_0 , lo que indica que no hay asociación entre las variables integración familiar y hábitos alimenticios.

Las hipótesis son:

H_0 : No hay asociación entre el nivel de integración familiar y el nivel de hábitos alimenticios.

H_1 : Hay asociación entre el nivel de integración familiar y el nivel de hábitos alimenticios, $\alpha=0.05$

Tabla 3. Frecuencias experimentales obtenidas en el estudio de Asociación de hábitos alimentarios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189.

| Variable | N-288 | | |
|--------------------------------------|-------|-------|------|
| | Bajo | Medio | Alto |
| Nivel de hábitos alimenticios | 9 | 16 | 21 |
| ▪ Muy malo | 36 | 28 | 38 |
| ▪ Malo | 15 | 35 | 22 |
| ▪ Regular | 11 | 14 | 15 |
| ▪ Bueno | 4 | 12 | 12 |
| ▪ Excelente | | | |

Fuente: encuestas realizadas en la UM#189 Instituto Mexicano Del Seguro Social del periodo de marzo-abril 2017.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los artículos “Características familiares relacionadas con el estado nutricional(...)” y “Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición(...)”; publicados en el año 2015, se ha observado que la disfunción de la dinámica familiar, bajos ingresos económicos y número de miembros han sido factores de riesgo del estado nutricional, por ejemplo, la desnutrición crónica del niño preescolar, el sobrepeso y la obesidad en escolares.^{34,35} Sin embargo, en el artículo “Estructura familiar y estado de nutrición(...)” publicado en 2016, el estado de nutrición no solo está determinado por factores familiares (como familias

integradas o desintegradas) sino también por factores económicos, sociales y culturales.³⁶

En base a estos estudios, la relación de funcionalidad familiar y hábitos alimenticios, que se esperaba en pacientes derechohabientes de 20 a 49 años con dislipidemias de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 189 se presentó la relación de estas dos variables, a nivel alto de integración familiar, nivel excelente de hábitos alimenticios; sin embargo, en este estudio los resultados de las variables no mostraron asociación (nivel alto de integración familiar, nivel malo de hábitos alimenticios).

Las familias nucleares (padre, madre e hijos) que presentan un alto nivel de integración se piensa que tienen ingresos económicos suficientes, empleo estable, para tener capacidad de compra de alimentos en cantidad, variedad y frecuencia; pero a pesar de estar integrados, la modernidad ha generado y facilitado que el hombre y la mujer ingresen al mercado laboral. En la familia al trabajar ambos padres existe menor dedicación y falta de tiempo para cocinar,³⁷ según el estudio “Consumo, hábitos alimentarios y habilidades culinarias(…)” publicado en 2015; se recurre al consumo de comidas rápidas y fáciles de preparar, precocinados o procesados comercialmente, bollería y dulces, snacks, frituras, etc., en consecuencia, se evidencia la falta de alimentos frescos y básicos (legumbres, carne, pescado, pan, cereales, fruta y verdura) originando hábitos alimenticios no saludables. La Secretaría de Salud³⁸ publicó en mayo 26 de 2016 que durante la infancia los padres tienen gran influencia sobre las conductas y preferencias de alimentación de los hijos las cuales muy probablemente seguirán en el resto de su vida. De acuerdo con Gumà et al. En su estudio “Determinantes sociales de la salud de distintos niveles de género (…)”³⁹ publicado en 2018, el hogar ha mostrado ser el contexto más inmediato en el cual, a partir de la distribución de recursos entre sus miembros, se dibujan efectos positivos o negativos sobre la salud con desigual intensidad y sentido para mujeres y hombres”.

La falta de tiempo que presentan algunos padres de familia para alimentarse adecuadamente repercute en todos los integrantes de la familia. Un estudio realizado con estudiantes de educación secundaria publicado en 2015 presentó evidencia de malos hábitos alimenticios, como la ausencia del desayuno en los días que asisten regularmente a la escuela, originando el consumo de dulces (caramelos o chocolate), patatas fritas o snacks, así como un incremento de la accesibilidad a bebidas azucaradas lo que contribuye al riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.⁴⁰ Los pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 189 al tener acceso a alimentos en cantidad, variedad y frecuencia se convierte en un

factor determinante que incide en la dieta de la familia lo que se ve reflejado en los resultados de las encuestas, nivel malo de hábitos alimenticios. No obstante, la variante, nivel de integración familiar no es suficiente para explicar sus condiciones nutricionales. La familia tiene un papel fundamental dentro de la alimentación, en esta se da el primer contacto con los hábitos alimenticios, los padres de familia son los principales modelos a seguir por parte de los hijos y ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con hábitos saludables (ejercicio y dieta equilibrada); por lo tanto, son responsables de prevenir patologías en la edad adulta como sobre peso y obesidad, “lo cual es una gran estrategia de seguridad para la salud pública y para la economía de los Sistemas Sanitarios” todo esto de acuerdo a los artículos “Prevalencia de obesidad(...)” publicado en 2016 y “Estudio en familias: factores ambientales y culturales(...)” publicado en 2017.^{41,42}

CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos en las encuestas aplicadas a los pacientes derechohabientes de 20 a 49 años con dislipidemias que se presentaron en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 189 en Chimalhuacán, Estado de México, la mayor frecuencia se presentó en nivel malo de hábitos alimenticios, nivel alto de integración familiar, niveles anormales de triglicéridos, en mujeres de entre 41 a 49 años. Lo anterior muestra que los hábitos alimenticios no están asociados a un nivel alto de integración familiar. Los pacientes al tener un nivel malo de hábitos alimenticios, se esperaba que presentaran problemas con niveles anormales de triglicéridos; así como, la edad que prevaleció fue de 41 a 49 años asociando este factor de riesgo con la presencia de dislipidemia en los individuos. En consecuencia, se sugiere mayor investigación sobre factores que se asocien de manera particular con los hábitos alimenticios, así como la puesta en marcha de una estrategia centrada en la modificación de estilos de vida (prevención de familias disfuncionales, promoción de una alimentación saludable y actividad física).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pallarés V, Pascual V, Godoy D. Dislipidemia y riesgo vascular. Una revisión basada en nuevas evidencias. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2015;41(8):435-445.
2. Gómez RA, Wachter NH. Obesidad infantil y dislipidemia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(1).
3. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. RCC. 2018.
4. Vega P, Álvarez A, Bañuelos Y, Reyes B, Castañón H. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. Enfermería universitaria. 2015;12(4):182-187.
5. Cecilia MJ, Atucha NM, García J. Estilos de salud y hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia. Educación Médica. 2017.
6. Moreno GM. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012;23(2):124-128.
7. Secretaría de Salud. 2016. [Consulta 05 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/alimentacion-sana-y-balanceada-para-una-buena-salud>
8. Ortiz H, Ortiz MA, Cuadrado JI, Esteban M, Cortés O, Rey L, et al. Persistencia y variación del sobrepeso y la obesidad en la población preescolar de la Comunidad de Madrid tras dos años de seguimiento. Cohorte ELOIN. Rev Esp Cardiol. 2018.
9. Canalizo ME, Favela PE, Salas AJ, Gómez DR, Jara ER, del Pilar Torres AL, et al. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(6):700-9.
10. Aguilar SC, Gómez PF, Lerman GI, Vázquez ChC, Pérez MO, Posadas RC. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Rev Endocrinol Nutr. 2004;12(1):7-41.

11. Aguilar SC, Gómez DR, Gómez PF. Dislipidemias de lo clínico a lo molecular. Intersistemas. México. 2008.
12. IMSS. Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias, GRR diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Guía de Práctica Clínica. 2011.
13. Goldberg, AC. Dislipidemia (hiperlipidemia). Los manuales de Merck. América. 2008.
14. Waite LH, Phan YL, Spinler SA. ¿Qué sigue para el tratamiento de la dislipidemia? Las Directrices ACC / AHA de 2013, las recomendaciones de NLA y más. Revista de la Asociación Americana de Farmacéuticos. 2016;56 (3):284-292.
15. Fazio S. Management of mixed dyslipidemia in patients with or at risk for cardiovascular disease: a role for combination fibrate therapy. Clin therapeutics. 2008;30(2):294-306.
16. OMS. S. D. I. T. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS (Organización Mundial de la Salud). 2003.
17. Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. Public Health Nutr. 2002;5(1a);231-237.
18. Luque OM. Fundamentos Teóricos de la familia como parte del paciente. Revista portales médicos. 2010
19. HUMANOS, D. U. D. L. D. Declaración universal de los derechos humanos. 1948
20. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial PAX. México. Seligman, M. et al.(2006). Positive Psychotherapy. En: American Psychologist, noviembre. Spitzer, R. 1985
21. Universidad Nacional de Educación a Distancia –UNED–, Madrid [octubre 2008]. Guía Nutricional.
22. Orrell VJK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Just three more bites: An observational análisis of parents' socialization of children's eating at mealtime. Appetite 2007;48: 37-45.

23. Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *Int J Obes (Lond)* 2010; 34 (7): 1116-24.
24. Power TG, Bindler RC, Goetz S, Dratha KB. Obesity prevention in early adolescence: student, parent, and teacher views. *J Sch Health*. 2010;80(1):13-9.
25. Jiménez, EG. Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico. *Endocrinol Nutr*. 2013;60(1):17-24.
26. Meras C. Hábitos alimenticios: los saludables y los que debes evitar. Obtenido de HABITOS ALIMENTICIOS LOS SALUDABLES Y LOS QUE DEBEN EVITAR: <http://www2.esmas.com/salud/nutricion/662441/habitos-alimenticios>. 2014.
27. Lorenzini R, Betancur AD, Chel GL, Segura CM, Castellanos RA. Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutr Hosp*. 2015;32(1):94-100.
28. Romero VE, Campollo RO, Celis DA, Vásquez GE, Castro HJ, Cruz OR. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. *Salud Publica Mex*. 2007;49:103-108.
29. Rodríguez PC, Guerrero DB, Díaz SP, del Estudio GC. Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. *Endocrinol Nutr*. 2010;57(4):130-139.
30. Arias WL, Castro R, Dominguez S, Masías MA, Canales F, Castilla S, et al. Construcción de un inventario de integración familiar. *Av Píscol Clin Latinot*. 2013;21(2):195-206.
31. Gil VL, Sil AM, Domínguez SE, Torres AL, Medina ChJ. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1).
32. Torres GJ, Salazar E. Dislipidemia en el anciano. *Arch Cardiol Mex*. 2004;74(4):315-326.
33. Álvarez CR. *Estadística aplicada a Ciencias de la salud*. 1a ed. España: Ediciones Díaz de Santos; 2007.

34. González Y, Díaz C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Rev Salud Publica*. 2015;17:836-847.
35. Vásquez EM, González JL, Romero E, Sánchez E, Navarro ME, Nápoles F. Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos. *Gac Med Mex*. 2015;151(6):788-797.
36. López CM, López A, González R, Brito OR, Rosales E, Palomares GH. Estructura familiar y estado de nutrición en adolescentes de Sonora, México. *Rev Med Chil*. 2016;144(2):181-187.
37. Lera L, González CG, Yáñez M, Fretes G, Montenegro E, Salinas J. Consumo, hábitos alimentarios y habilidades culinarias en alumnos de tercero a quinto año básico y sus padres. *Rev Chil Nutr*. 2015;42(4):374-382.
38. Secretaria de Salud. 26 de mayo de 2016. [Consulta 05 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conductas-de-alimentacion-sana>
39. Gumà J, Arpino B, Solé A. Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gac Sanit*. 2018
40. Lima M, Guerra MD, Lima JS. Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes. *Nutr Hosp*. 2015;32(6):2838-2847.
41. Alba R. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *E G*. 2016;15(42):40-51.
42. Gutiérrez JM, Guevara MC, Enríquez MC, Morales M, Hernández MA, Landeros EA. Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. *E G*. 2017;16(45):1-19.

ANEXOS

1. Carta de consentimiento informado.
2. Hoja de recolección de datos.
3. Cuestionario de hábitos alimentarios
4. Cuestionario de integración familiar

Anexo 1 Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|--|
| Nombre del estudio: | Asociación de los hábitos alimenticios e integración familiar en pacientes con dislipidemia en la UMF 189 |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | Unidad de medicina familiar # 189 del IMSS, ubicada en Chimalhuacán, Estado de México a 15 de junio 2016. |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Determinar el grado de asociación entre los hábitos alimenticios e integración familiar en pacientes con dislipidemias. |
| Procedimientos: | Se tomará una muestra representativa de la población con dislipidemia, procediendo al llenado de la cédula de recolección de datos y aplicación de los instrumentos de evaluación. Una vez obtenidos los datos, se vaciarán a una plataforma electrónica para analizar la información y representar por medio de gráficas y tablas, para realizar su interpretación y emitir conclusiones |
| Posibles riesgos y molestias: | No existen riesgos ni molestias en la aplicación de dicho protocolo, el tiempo requerido para contestar el instrumento de medición es de 15 minutos ya que las preguntas son de fácil comprensión. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Conocer el grado de integración familiar y la asociación de hábitos alimenticios que permiten a sus individuos su desarrollo individual y colectivo; y de ésta manera ampliar el conocimiento de las interacciones familiares con la finalidad de formular estrategias que beneficien a la población afectada. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Una vez obtenidos los resultados se darán informes y las conclusiones necesarias. |
| Participación o retiro: | El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. |
| Privacidad y confidencialidad: | El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de éste estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio. |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Se proporcionará un volumen de la Tesis realizada al Departamento de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar N. 78 para consultar los resultados obtenidos y se fomentará la formación del Médico en relación a la asociación de hábitos alimenticios e integración familiar en pacientes con dislipidemia.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

González Jiménez Fernando, médico residente de 1 er año en medicina familiar, matrícula 99156047, celular 5527885072.

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Fernando González Jiménez
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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 2 Hoja de recolección de datos

| | | |
|--|-----|--|
| NSS | | Fecha: |
| Sexo: 0. Hombre () 1. Mujer () | | Edad: _____ |
| Integración familiar: | () | 1. Nivel bajo de integración familiar con valor de 94-200 |
| Puntaje_____ | () | 2. Nivel moderado de integración familiar con valor de 201-235 |
| | () | 3. Nivel alto de integración familiar con valor rango de 236 a 260 |
| Hábitos alimenticios | () | a) Excelente |
| | () | b) Bueno |
| | () | c) Regular |
| | () | d) Malo |
| | () | e) Muy malo |

Anexo 4 Reactivos del Inventario de Integración familiar

1. Estoy satisfecho(a) con mi matrimonio.
2. Converso con mi pareja sobre las cosas que pasan día a día.
3. Comparto hobbies y pasatiempos con mi pareja.
4. Salgo con mi pareja a diversos eventos que tienen lugar fuera de casa.
5. Converso constantemente con mi pareja sobre nuestra relación.
6. Mi pareja comprende como pienso y como me siento.
7. Me encuentro satisfecho(a) en mi vida íntima con mi pareja.
8. En el matrimonio me veo realizado(a).
9. Con mi pareja valoramos las mismas cosas.
10. Tengo tiempo destinado especialmente para estar con mi pareja.
11. Admiro a mi pareja.
12. Saludo y me despido afectuosamente de mi esposa(o) cuando salgo o llego a casa.
13. Sorprendo a mi esposo(a) con algo que le agrada.
14. Mi pareja y yo estamos pendientes de las necesidades de nuestros hijos.
15. Conozco a los profesores de mis hijos.
16. Mis hijos acuden a mí o a su madre (padre) cuando tienen algún problema.
17. Mis hijos suelen obedecer las órdenes que les damos en casa.
18. Considero que mis hijos me tienen confianza.
19. La opinión de mis hijos es tomada en cuenta.
20. Conozco a la familia de los amigos de mis hijos.
21. Mantenemos con firmeza las órdenes y acuerdos que les damos a nuestros hijos.
22. En casa asignamos responsabilidades domésticas a nuestros hijos.
23. Mi esposa(a) y yo les damos un buen ejemplo a nuestros hijos.
24. Respetamos las decisiones que toman nuestros hijos.
25. Ayudo a mis hijos a realizar sus deberes escolares.
26. Conversamos constantemente sobre los temas que les preocupa a mis hijos.
27. Conozco a los amigos de mis hijos
28. Sé cuáles son los hobbies e intereses de mis hijos.
29. Inculcamos valores a nuestros hijos.
30. Mis hijos comparten tiempo y juegos.
31. Ellos se cuidan entre sí.
32. Se preocupan por el bienestar del otro.
33. Colaboran entre sí para cumplir con los quehaceres de la casa.
34. Realizan algún deporte o actividad artística juntos.
35. Conversan sobre las cosas de la casa, la escuela o el trabajo.
36. Entre mis hijos hay confianza.
37. Se conocen mutuamente.
38. Todos estamos satisfechos en nuestra familia.
39. En mi familia las decisiones importantes las tomamos todos juntos.
40. Es costumbre almorzar todos juntos.
41. En mi familia participamos con regularidad de alguna actividad religiosa.
42. Estoy satisfecho(a) con el ambiente familiar de mi familia.
43. Conversamos sobre lo que hemos visto en la TV o en las películas.
44. Acostumbramos a salir de paseos o hacer viajes familiares.
45. En mi familia acostumbramos a ver películas todos juntos.
46. Mis hijos tienen una relación cercana con sus abuelos.

47. Todos colaboramos con la limpieza y el orden de la casa.
48. Estoy satisfecho(a) con la relación que tengo con mis suegros y cuñados.
49. Cada miembro de mi familia tiene sus propias responsabilidades.
50. Considero que hay momentos que son solo de mi pareja.
51. Las decisiones, los gustos e intereses de cada uno se respetan.
52. Mi pareja tiene proyectos en la vida que le gustaría hacer realidad.

Resultado del puntaje: _____

1. Nivel bajo de integración familiar con valor de 94-200
2. Nivel moderado de integración familiar con valor de 201-235
3. Nivel alto de integración familiar con valor rango de 236 a 260