



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA

CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS SEGÚN TIPO
DE FAMILIA EN EL POBLADO MIGUEL ALEMÁN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ZUEMI CUEVAS DÍAZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. LUZ DEL CARMEN RAMIREZ ZAZUETA

HERMOSILLO, SONORA, MAYO 2022



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.

**“DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS SEGÚN TIPO DE FAMILIA EN EL
POBLADO MIGUEL ALEMÁN”**
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ZUEMI CUEVAS DÍAZ

AUTORIZACIONES



DRA. LUZ DEL CARMEN RAMÍREZ ZAZUETA

DIRECTORA DE TESIS



DRA. JOANNA CHÁVEZ OCHOA

ASESOR DE TESIS

DR. ADRIAN MORALES PERALTA

ASESOR DE TESIS



DRA. EDNA CAROLINA AMAYA DEL SOL

PROFESORA TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



DRA. CELINA LORENA DEL VALLE ESPINOZA

DIRECTORA CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD



EEADS. JOSÉ EDUARDO CRUZ PACHECO

ENCARGADO DE ENSEÑANZA Y CALIDAD DEL CENTRO AVANZADO DE ATENCION
PRIMARIA A LA SALUD

HERMOSILLO, SONORA. MAYO 2022

III

II

**“DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS SEGÚN
TIPO DE FAMILIA EN EL POBLADO MIGUEL ALEMÁN”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ZUEMI CUEVAS DÍAZ

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE
MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

HERMOSILLO, SONORA. Junio 2022



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

No oficio: SSS-HGE-DEI-CI-2022-09

Asunto: Dictamen de protocolo de investigación
Hermosillo, Sonora a 16 de febrero de 2022

DRA. LUZ DEL CARMEN RAMÍREZ ZAZUETA
Directora de proyecto de investigación

Estimada Dra. Ramírez:

Por medio del presente y en relación al protocolo de investigación con registro CI 2022.09, titulado: "Distribución de enfermedades crónicas según tipo de familia en el poblado Miguel Alemán" le extendemos la siguiente evaluación. El Comité de Investigación (CI) se reunió el día 16 de febrero del presente año y tiene a bien emitir el siguiente dictamen: Aprobado con observaciones.

A continuación, se presentan las observaciones realizadas por el CI:

Título	Sin observaciones
Antecedentes	No se apega al límite de palabras solicitadas en el formato
Planteamiento del problema	Se recomienda agregar más referencias para justificar y aclarar su planteamiento del problema. Deberá realizar su planteamiento conforme a la población que va a evaluar.
Justificación	Sin observaciones
Objetivos	Se recomienda el uso del verbo "Describir" en el objetivo general
Materiales y métodos	Es necesario agregar el tipo de muestreo que se utilizará para la obtención de la N. La categorización de las variables no es correcta, debe agregar en los indicadores cada opción que tenga la variable y no describirlas como variables propias. Debe aclarar cuáles son las variables y cuáles los indicadores de cada variable. Presentar el plan de análisis por cada objetivo planteado
Literatura consultada	Sin observaciones, solo se recomienda incluir mayor soporte
Cronograma de actividades	Ajustar calendario



Bld. Luis Encinas Johnson S/N, Col. Centro C.P. 83000. Teléfono (662)2 59 25 00,
Hermosillo, Sonora /www.hge.saludsonora.gob.mx



Hospital General del
Estado de Sonora
Dr. Ernesto Ramos Bours

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO
"Dr. Ernesto Ramos Bours"
División de Enseñanza e Investigación
Comité de Investigación COFEPRIS No. 17 CI 26 030 105

Otras observaciones	
---------------------	--

Se extiende la presente quedando en espera de las observaciones correspondientes para su evaluación y posterior dictamen. Un protocolo "aprobado con observaciones" no es equivalente a "aprobado" y para realizarlo el investigador deberá presentar su anteproyecto con las observaciones sugeridas.

ATENTAMENTE

DR. DAVID LOMELI ZAMORA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DR. ERNESTO RAMOS BOURS

Ngph*
C.c.p. Coordinación de Investigación Científica; HGE SON
C.c.p. Archivo



Bld. Luis Encinas Johnson S/N, Col. Centro C.P. 83000. Teléfono (662)2 59 25 00,
Hermosillo, Sonora /www.hge.saludsonora.gob.mx

AGRADECIMIENTO

A mi esposo.

Por creer en mí y apoyarme en todo momento.

A mis hijas.

Por apoyarme en este camino del aprendizaje, las consideraciones ante el tiempo asignado al estudio y horas de práctica.

A mis maestros.

Por creer en mí y mostrarme las bondades de la medicina familiar.

A mis compañeros.

Por apoyarme siempre con una palabra de aliento y orientación tecnológica.

A mis pacientes.

Por la confianza de poner en mis manos su estado de salud y la nobleza de aportar a mi práctica a través de la información y la exploración el conocimiento de la medicina familiar.

A Dios.

Porque en los momentos de decaimiento y vulnerabilidad siempre estuviste ahí.

INDICE

INDICE	1
ABREVIATURAS EMPLEADAS.....	3
RESUMEN.	4
INTRODUCCIÓN.	5
ANTECEDENTES.	9
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....	12
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
2.1 Justificación.	23
2.2 Pregunta de investigación.....	24
2.3 Objetivo general.....	24
2.4 Objetivos específicos	24
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
3.1 Generalidades	25
3.2 Universo de estudio	25
3.3 Sitio de estudio	25
3.4 Población de estudio.....	25
3.5 Criterio de selección de la población	25
3.6 Tipo y tamaño de muestra	26
CAPITULO IV: DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	27
4.1 Variables independientes.....	27
4.2 variables dependientes	27
4.3 Operacionalización de las variables.....	27
CAPÍTULO V: PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
5.1 Consideraciones éticas.....	30
CAPÍTULO VI: RESULTADOS.....	31
6.1 Discusión	33

6.2 Limitaciones del estudio.....	35
6.3 Conclusiones y recomendaciones.	35
CAPÍTULO VII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	37
CAPÍTULO VIII: ANEXOS	38
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

ABREVIATURAS EMPLEADAS.

HAS	Hipertensión arterial sistémica
DM2	Diabetes mellitus tipo II
IMC	Índice de masa corporal
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
OB	Obesidad
SXM	Síndrome metabólico
DLP	Dislipidemias
CSR	Centro de Salud Rural
CC	Circunferencia de Cintura

RESUMEN.

Introducción. La familia entendida como grupo de personas emparentadas entre sí, cuenta con una función crucial en la formación de hábitos; componente elemental para la prevención de múltiples morbilidades por ello es importante conocer la conformación familiar de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo. Describir la distribución de enfermedades crónico no transmisibles (DM2, HAS, obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico) y los tipos de familia en el CSR Miguel Alemán.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, descriptivo con una muestra no probabilística por conveniencia de 111 pacientes, todos con alguna enfermedad crónica no transmisible como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias, Síndrome Metabólico, registrados en un Centro de Salud Rural, de Hermosillo Sonora. El análisis del tipo de familia fue la principal variable del estudio.

Resultados. De los 111 pacientes que ingresaron al estudio, en lo referente al tipo de familia se observó una distribución del 37.8% para familias monoparentales, 29.7% para familias nuclear simple, 22.5% nuclear numerosa y la reconstruida binuclear con 0.9%. En lo referente a la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles: Síndrome Metabólico 75.6%, seguida del binomio Hipertensión Arterial Sistémica y dislipidemias en un 15.3%.

Conclusión. El tipo de familia que predominó en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles fue la monoparental, seguida de las nucleares por lo que esto nos permitirá trabajar acorde a su tipología familiar.

Palabras claves. Tipos de familia, enfermedades crónicas.

INTRODUCCIÓN.

La complejidad de las familias actuales hacen difícil llegar a una definición que abarca la variedad de los modelos; sin embargo entre los conceptos tenemos: “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”, o “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje” ⁽¹⁾

Debido a la importancia que tiene la participación familiar en el control de las enfermedades es importante conocer su conformación para generar redes de apoyo, dicha identificación nos brindara un panorama de la tipología familiar con la que cuentan los pacientes en esta unidad localizada en el Poblado Miguel Alemán cuya cabecera es el municipio de Hermosillo. Cuya actividad económica es principalmente la agrícola, por lo que cuenta con una población flotante. ⁽²⁾

Para la clasificación de los tipos de familia se tomó como referencia la clasificación de Irigoyen quien establece 12 tipos de familias ⁽³⁾: “nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida binuclear, monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental, monoparental extendida sin parentesco y grupos similares a familia”.

Para analizar esta problemática es necesario conocer el impacto que implica padecer una enfermedad crónica no transmisible como es la Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Dislipidemia y Síndrome metabólico ya que de acuerdo al reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ⁽⁴⁾ hace poco más de 20 años, han ocupado los primeros lugares como causa de muerte general.

Estudios como el realizado por Macinko y Mullachery ⁽⁵⁾ los cuales analizaron la distribución de algunas enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo relacionados entre los adultos mayores de Brasil en la encuesta nacional de salud del 2013 y la del 2019 encontrando una prevalencia ajustada del 24% de incremento en obesidad, de ahí la importancia de estudiar estas enfermedades que se encuentran a la alza a nivel mundial.

La investigación de esta problemática social se realizó por interés de conocer con qué tipo de familia cuentan los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la unidad, ya que esto nos permitirá trabajar en función a su conformación familiar la patología de base.

Para estudiar a una familia se tienen diversas posturas desde el punto de vista de la conformación, presencia física y convivencia, con base en su nivel económico, dinámica familiar, etc. Aquí abordaremos una parte del estudio de familia desde la perspectiva de la conformación familiar.

En el ámbito profesional, como médico familiar, el interés sobre el tema es la importancia que tiene la familia en el manejo del estado de salud, y al acompañamiento que se le pueda brindar al paciente, el apoyo emocional, económico, etc. Sin embargo en el trabajo realizado por Gutiérrez ⁽⁶⁾ menciona que a la familia hay muchos otros aspectos que estudiar desde su dinámica, la funcionalidad, los roles, etc.

En el marco de la tipología de familia se utilizó la clasificación de Irigoyen para la formulación del cuestionario con la siguiente clasificación ⁽³⁾:

“1. Nuclear (hombre y mujer sin hijos), 2. Nuclear simple (padre y madre con 1 a 3 hijos), 3. Nuclear numerosa (padre y madre con 4 hijos o más), 4. Reconstruida binuclear (padre y

madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior, 5. Monoparental (padre o madre con hijos), 6. Monoparental extendida (padre o madre con hijos. Más otra persona con parentesco), 7. Monoparental extendida compuesta (padre o madre con hijos. Más otras personas con o sin parentesco), 8. Extensa (padre y madre con hijos con hijos. Más otras personas con parentesco), 9. Extensa compuesta (padre y madre con hijos. Más otras personas con y sin parentesco), 10. No parental (familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.). Monoparental extendida sin parentesco (padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco) y por último 12. Grupos similares a familia (personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. (Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos etc.).”⁽³⁾

Se obtuvo la información a partir del tarjetero de enfermedades crónicas no transmisibles con las que cuenta el Centro de Salud Rural Miguel Alemán, generando una convocatoria de participación de forma personalizada a los pacientes que conforman dicho recurso, explicando en que consiste la investigación obteniendo de cada participante firma del consentimiento informado para poder iniciar la clasificación del tipo de familia con la que cuentan a través de un cuestionario donde se plasmó uno a uno las características la conformación de sus familias, almacenando la información en un Excel, para posteriormente pasarla al SPSS.

Lo anterior se desarrolla en cada capítulo de esta tesis donde se abordara de primera instancia el marco teórico, para conocer algunos aspectos relevantes de las enfermedades crónicas no transmisibles sobre

sus definiciones, epidemiología de cada enfermedad, etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento, etc. Así como las clasificaciones y características de lo que es la familia.

En el segundo capítulo encontraremos la justificación de esta tesis, las preguntas que llevaron a investigar la tipología familiar del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, así como los objetivos.

Los capítulos tres y cuatro conforman la metodología de investigación para esta tesis donde se establecen las variables dependientes e independientes y la operacionalización de las mismas, así como los criterios de inclusión e exclusión para nuestra muestra.

El capítulo cinco y seis muestran el plan de análisis estadísticos, los resultados, la discusión, limitaciones del estudio y las conclusiones y recomendaciones de la presente tesis.

Los capítulos siete, ocho y nueve conforman el cronograma de actividades, los anexos y la bibliografía que le da fundamento a este trabajo.

ANTECEDENTES.

En la actualidad, la familia ha sufrido diversos cambios en su estructura y conformación dado que interactúa y está sujeta a los cambios y fenómenos sociales, además que va más allá de los miembros que la conforman de ahí que estudios como el de Gutiérrez ⁽⁶⁾, analizan aspectos sociales, políticos, económicos de la familia lo que permite entender una sociedad.

Estudios como el de Flórez ⁽⁷⁾ hablan sobre las familias de Colombia que al igual que el resto de países latinoamericanos ha sufrido cambios en las últimas décadas debido a la transición demográfica, la revolución sexual, dando por resultado la disminución en el número de hijos, las rupturas conyugales por mencionar algunas, de ahí que la familia es dinámica y depende de varios factores que condicionan esos cambios.

La importancia del papel que juega la familia es significativo en relación a la preservación cultural, ya que va más allá de la supervivencia humana, ya que constituye un micro-escenario en donde se adquieren costumbres y tradiciones y valores de ahí la importancia de su estudio.

Se han realizado estudios que hablan de la tipología familiar en cuanto a su conformación, ⁽⁸⁾ donde la estructura del hogar es entendida con respecto a la conformación de sus integrantes tomando como referencia o modelo ideal al hogar nuclear (Padre, madre e hijos), otras categorías como los unipersonales, hogares extensos, hogares compuestos, hogares sin núcleo conyugal. En América Latina se ha observado que debido a la disminución de la fecundidad, la transición demográfica conlleva a un incremento en los hogares nucleares, no familiares y una reducción en las nucleares extensas.

Estos resultados emitidos por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), del 2020; engloban los hogares como “familiares y no familiares los primeros corresponden al 87% de cada 100 hogares censados; en donde 71 de cada 100 lo integran las familias nucleares conformadas por: el papá la mamá y los hijos o solo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive en el mismo hogar y no tiene hijos también constituye a un hogar nuclear” ⁽⁹⁾

Estudios como el de Almohammadian ⁽¹⁰⁾ sobre el impacto de género en las enfermedades crónicas no transmisibles nos brinda un panorama relevante sobre la prevalencia de dichas enfermedades en las mujeres, encontrando un 25%, mientras que los hombres tuvieron una prevalencia del 13.4%.

La investigación de Nolasco ⁽¹¹⁾, que habla de la disfuncionalidad familiar, donde toma en cuenta la tipología familiar de las 100 familias que participaron en la investigación encontrando una prevalencia de familias monoparentales (41.2%), seguidas de las tipo nuclear (29.7%), y en menor proporción las familias extensas(11.8%).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud en México del 2020 refiere que ⁽⁴⁾ “uno de cada cuatro adultos padece HAS”, por lo que contribuye considerablemente a generar gastos en el sector sanitario, dada la prevalencia es importante el estudio de medidas tanto preventivas como de mantenimiento de la población. De ahí que estudios como el de Becerra y Villegasa ⁽¹²⁾ hablan de la relación estrecha que guarda la adherencia terapéutica con la familia.

Tomando en cuenta que el envejecimiento poblacional es un reto para los sistemas de salud debido a la demanda de atención por enfermedades crónicas no transmisibles, en el caso de Diabetes Mellitus Ziqi habla de la

perspectiva epidemiológica en donde refieren que ⁽¹³⁾ “alrededor de 382 millones de personas tenían esta enfermedad en todo el mundo y se prevé que para el año 2023 unos 592 millones de personas morirán de diabetes”.

En el análisis realizado por Abebe en el 2020, se revisaron diversas plataformas con respecto a la multimorbilidad, que presentan los países con ingresos bajos y medios como es el caso de México, entre las enfermedades y condiciones consideradas la Diabetes Mellitus fue la condición mencionada con mayor frecuencia, seguida de la HAS, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, donde las cardiometabólicas ocupan uno de los dominios de multimorbilidad conformados por hipertensión, infarto del miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, diabetes, hiperlipidemia y obesidad ⁽¹⁴⁾

Según estudios relacionados con la percepción del apoyo familiar en los pacientes diabéticos, toman en cuenta la conformación familiar, sus niveles de glicemia, la percepción de consecuencias a futuro de su enfermedad, así como el apoyo de la familia, encontrando que las mujeres perciben un bajo apoyo familiar en contraste con los hombres que consideran buen apoyo, cabe mencionar que el promedio de edad de este estudio es de 66 años. ⁽¹⁵⁾

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.

FAMILIA

La Organización Mundial de la Salud señala que familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entres sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”, un concepto sociológico estable a la familia como un componente de instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y el cuidado de los hijos, así como la transmisión de la propiedad privada. Sánchez (1983) la define como “una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos” en donde el grupo familiar gira en torno a la legitimidad de la vida sexual entre los padres y la formación y el cuidado de los hijos.

Otro de los conceptos que plantea Gallego ⁽¹⁶⁾ para familia es: “...un grupo de personas unidas por una historia social e individual con lazos afectivos y comunicativos; no necesariamente unidas por vínculos consanguíneos”.

Para clasificar el tipo de familia es necesario identificar como está integrada, ya que la composición familiar es un fenómeno dinámico, que sufre cambios durante su proceso histórico y que depende de la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra la persona y de determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida.

Desde el punto de vista del desarrollo familiar Membrillo ⁽¹⁷⁾ refiere se puede dividir en tres subtipos: 1) moderna tiene elementos de desarrollo que nos habla indirectamente de su estado económico que generalmente es alto. 2) tradicional clase media, con numerosos integrantes. 3) arcaica o primitiva

con menores oportunidades, nivel económico bajo, aquí generalmente se ubican las etnias. Desde el aspecto demográfico como urbanas o rurales.

De acuerdo a su composición o integración se clasifica en: 1) Nuclear: constituida únicamente por padre, madre e hijos. 2) Extensa o Extendida: padre madre e hijos y algún otro familiar consanguíneo. 3) Extensa compuesta padre, madre hijos algún familiar consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar

Se habla mucho sobre la importancia de la participación de la familia en el proceso salud enfermedad, Ordóñez ⁽¹⁸⁾ hace mención de 5 funciones básicas de la familia que corresponden al cuidado, afecto, socialización, estatus, y reproducción. Por lo que debe garantizar el desarrollo personal y facilitar la socialización individual de cada miembro.

Una vez establecido las funciones de la familia y como esta es definida es importante conocer su integración en el análisis de familias ⁽³⁾ la tipología de familia se refiere a las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para su estudio, entre ellos tenemos la clasificación de Irigoyen: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida (binuclear), monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental; sin parentesco monoparental extendida sin parentesco, grupos similares a familia.

La conformación familiar es de suma importancia para poder establecer redes de apoyo en los pacientes con enfermedades crónicas de tal manera que estudios como el de Serrano ⁽¹⁹⁾ en: España, aproximadamente un 20% de las personas mayores viven solas, un 45% viven en pareja y un 32% viven con sus hijos y/o nietos u otros familiares (generalmente, los hijos y/o nietos viven en casa de sus padres, ¡no lo

contrario!) y solo un 3% viven en Residencias. Ello implica la oportunidad de tener estrechas relaciones familiares y, aunque algunas veces estas puedan ser incómodas y requieran de una alta tolerancia y respeto, también son una importante fuente de satisfacción.

La conformación familiar de los hogares en México de acuerdo al reporte del Consejo Nacional de Población ⁽²⁰⁾: 71.3% son nucleares, es decir están conformados por parejas con o sin hijos, o constituidos únicamente por padre o madre (monoparentales); el 27.9% son familias ampliadas conformadas por otros parientes como tíos/as, primos/as, hermanos/as, suegros, etc. Y el 0.8% son hogares compuestos, es decir integrados por nucleares o ampliados, y además con personas que no tienen ningún parentesco.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Es importante conocer el término enfermedad crónica que se define de acuerdo a Ambrosio ⁽²¹⁾ como un proceso de “larga duración y progresión generalmente lenta que requiere un tratamiento continuo durante un periodo de años o décadas, de ahí la importancia de la participación familiar, ante este tipo de patologías.

Desde hace poco más de 20 años las enfermedades crónicas no transmisibles, han ocupado los primeros lugares como causa de muerte general en donde las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar, en segundo lugar tenemos a los tumores malignos y en tercer lugar tenemos a la diabetes mellitus ⁽⁴⁾.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos heterogéneos que tienen como característica el aumento en las concentraciones de glucosa

en sangre debido a la creciente prevalencia se requiere de un cribado específico para detectar diabetes y prediabetes en grupos de riesgo, de ahí que el inicio temprano de las medidas de prevención a estos grupos de riesgo retrasa la progresión de la enfermedad ⁽²²⁾.

Punthakee ⁽²³⁾ habla de la clasificación de la Diabetes Mellitus en: Diabetes mellitus tipo 1 es principalmente el resultado de la destrucción de las células beta pancreática con la consiguiente deficiencia de insulina, condicionando cetoacidosis. Debido principalmente a enfermedades autoinmunes y aquellos con destrucción de células beta desconocido. Diabetes mellitus tipo 2: puede variar desde una resistencia predominante a la insulina, con deficiencia relativa a un defecto secretor, predominantemente con resistencia a la insulina. Diabetes mellitus gestacional esto referente a la intolerancia a la glucosa con inicio durante el embarazo. Por último otros tipos específicos incluyen una amplia variedad principalmente de índole genético, o asociadas a otras enfermedades o ingesta de drogas.

HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA

Para Setters ⁽²⁴⁾ La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se define como una tensión arterial sistólica (PAS) 140 mm Hg o tensión arterial diastólica (PAD) 90 mm Hg, como promedio de 3 mediciones tomadas adecuadamente en 2 o más en visitas médicas hacen el diagnóstico.

Las hipertensión es más frecuente conforme aumenta la edad, esto debido al envejecimiento ya que existe mayor acúmulo de lípidos en las fibras de elastina de las arterias, lo que facilita el incremento de depósitos de calcio en estas; además se incrementa el grosor de la capa media arterial y existe hipertrofia e hiperplasia de las células musculares lisas, lo que genera un aumento en la síntesis de colágeno y de la actividad de las elastasas,

ocurriendo como consecuencia la destrucción de la elastina e incrementando el índice colágeno/elastina aumentando la rigidez de las arterias ⁽²⁵⁾.

En el séptimo reporte de “Joint National Committee (JNC-7) el diagnóstico de HAS, se basa en 2 mediciones “con técnica apropiada” en 2 o más visitas médicas: Estadio 1: Tensión arterial sistólica 140 a 159 mmHg o diastólica 90 a 99 mmHg. Estadio 2: Tensión arterial sistólica \geq 160 mmHg o diastólica \geq 100 mmHg esto es importante tomarlo en cuenta como recomendación diagnóstica ⁽²⁶⁾

DISLIPIDEMIA

Se conoce como dislipidemia al conjunto de enfermedades asintomáticas que tienen en común concentraciones anormales de lípidos en la sangre. Son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y están dentro de las cuatro primeras causas de mortalidad en México, de ahí la importancia de su identificación, clasificación.

Con respecto a la terapia farmacológica para hipercolesterolemia, la primera línea de manejo es el grupo de estatinas, disponibles desde 1987, ampliamente prescritas, bien toleradas y que ha demostrado la reducción de eventos cardiovasculares, tanto en prevención primaria como secundaria. Los niveles de Colesterol-LDL disminuyen de 20 a 60% dependiendo de la dosis ⁽²⁷⁾. 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 ⁽²⁸⁾.

Estudios como el de Escobedo ⁽²⁹⁾ hablan sobre el colesterol en sangre es considerado uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, de ahí la importancia del diagnóstico y manejo oportuno, ya que en el hombre

de 50 años el riesgo de tener o morir por enfermedad cardiovascular es del 38.7% si sus niveles de colesterol en sangre son menores a 180 mg/d, y se eleva al 64.6% si éstos son de igual o mayor a 240 mg/d. En las mujeres estos riesgos son de 19.4 % en niveles menor a 180 mg/dl y de 48% en niveles igual o mayor a 240 mg/dl. Se considera que por cada incremento de 30 mg/dl de la fracción de LDL-C hay un aumento del 30% en el riesgo de cardiopatía isquémica. De hecho, la reducción de LDL-C entre 77 y 116 mg/dl disminuye entre un 40 y 50% la incidencia de infarto al corazón, de revascularización o de un evento vascular cerebral de tipo isquémico.

Por otro lado Brites ⁽³⁰⁾ refieren que según el perfil lipídico se pueden clasificar en:

1. Hipercolesterolemia aislada: aumento del colesterol total a expensas del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (C-LDL).
2. Hipertrigliceridemia aislada: aumento de los triglicéridos de origen endógeno (a expensas de las lipoproteínas de muy baja densidad, VLDL), exógeno (a expensas de quilomicrones), o ambos.
3. Hiperlipemia mixta: aumento del colesterol total y los triglicéridos.
4. Hipoalfalipoproteinemia: disminución del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL)

Y de acuerdo a su etiología:

1. Primarias: son de causa genética, generadas por mutaciones de uno o más genes que intervienen en la síntesis o el metabolismo de las lipoproteínas.
2. Adquiridas: producida por mutaciones que derivan de hábitos incorporados por el paciente.
3. Secundarias: son consecuencia de la presencia de otra patología de base

Clasificación según Fredrickson Organización Mundial de la Salud (1970)

Fenotipo	Triglicéridos	Colesterol Total	Lipoproteínas aumentadas	Aterogénesis
I	↑↑	Normal o ↑	Quilomicrones	Ninguna observación
Ila	normal	↑↑↑	LDL	+++
IIb	↑	↑↑	VLDL Y LDL	+++
III	↑↑	↑	B-VLDL ↑ (IDL)	+++
IV	↑↑↑	Normal o	VLDL	++
V	↑↑↑↑	↑	Quilomicrones y VLDL	+

OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad multifactorial, que de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de intervención dietética ⁽³¹⁾: pacientes con obesidad se caracteriza por el aumento en el depósito de grasa corporal, ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel internacional. Las guías actuales recomiendan medir tanto el IMC como la circunferencia de la cintura (CC) en personas con IMC entre 25,0 y 34,9 kg / m² Está asociada como factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer (mama, próstata, colon), apnea del sueño entre otras enfermedades, sin contar con el estigma social al que se ven sometidos los pacientes.

La OMS señala que, desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo. En 2016, casi 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. Además, el 39% de las personas adultas de 18 años o más tenían sobrepeso, y el 13% de estas

personas eran obesas. En cuanto a los niños, 41 millones de menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos. Para el 2016, había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad, de ahí la importancia de la detección oportuna.

En el continente americano, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud ⁽³²⁾, el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población de todos los países, siendo Chile (63%), México (64%) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. El aumento de la obesidad ha impactado de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países de América Latina y el Caribe, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres.

Existen diversos enfoques de causalidad en la obesidad como lo menciona Cruz ⁽³³⁾: enfoque biomédico (medicalización, herencia genética, estrés y carga alostática), sociológicos (como fenómeno de redes sociales, urbanización, residencia y pobreza, perspectiva de género, estigma y obesidad, antropología y sociología del cuerpo.

SINDROME METABOLICO

Este síndrome fue descrito de manera oficial y por primera vez, por Gerald Reaven en 1988, y se denominó “Síndrome X”, que comprendía la resistencia a la insulina, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus, y no incluía la obesidad, considerada actualmente uno de los factores patógenos basales. Se mencionan otros conceptos utilizados para caracterizarlo como síndrome de resistencia a la insulina, síndrome del nuevo mundo, síndrome plurimetabólico, síndrome del cuarteto mortal y síndrome de dislipidemia ⁽³⁴⁾

Etchegoyen ⁽³⁵⁾ refieren que la herramienta diagnóstica más aceptada es la del consenso global descrito por la Federación Internacional de

Diabetes que define como Síndrome metabólico todo aquel que cuenta con: Obesidad central (basada en la circunferencia de la cintura): mayor o igual a 80 cm para las mujeres y mayor o igual a 90 cm para los hombres de origen hispano (los valores tienen variaciones según la etnia) más dos o más de los siguientes parámetros:

1. Hipertrigliceridemia: mayor o igual a 150 mg/dl, o en tratamiento por esta anomalía lipídica.
2. Colesterol HDL por debajo de las recomendaciones: menor a 40 mg/dl en hombres y menor a 50 mg/dl en mujeres, o antecedentes de tratamiento específico para esta anomalía lipídica.
3. Hipertensión: PAS mayor o igual a 130 mmHg y o PAD mayor o igual a 85 mmHg durante 24 horas.
4. Hiperglucemia en ayuno: mayor o igual a 100mg/dl, hiperinsulinemia o DM2

En el documento de Fitchett ⁽³⁶⁾ mencionan que a nivel mundial se estima que hasta el 25% de la población cuenta con criterios para establecer un síndrome metabólico, en Estados Unidos en la tercera encuesta nacional de salud y nutrición (NHANES III), dieron a conocer que la prevalencia general ajustada por edad se encuentra en 23.7% en Afro-Americanos y México-Americanos, sin embargo los reportes de 1999 a 2010 mostraron un ligero descenso en los pacientes con síndrome metabólico atribuido a las terapéuticas farmacológicas en las dislipidemias.

Trabajos como el de Mukhopadhyay ⁽³⁷⁾ en la India el síndrome metabólico es muy común. De ahí que la Federación Internacional de Diabetes (IDF) la ha definido como la presencia de obesidad central con circunferencia de cintura específica de la región / etnia como criterio de definición obligatorio junto con la presencia de otras dos características de disglucemia, hipertensión sistólica y / o diastólica, hipertrigliceridemia y baja frecuencia de lipoproteína de alta densidad. La obesidad no es frecuente en las zonas rurales de la India, especialmente entre la población desfavorecida,

otros componentes individuales del síndrome no son infrecuentes entre estas personas delgadas / no obesas.

Mendrick ⁽³⁸⁾ describe al Síndrome Metabólico como “una constelación de anomalías metabólicas asociadas con la adiposidad visceral”. Estos trastornos incluyen resistencia a la insulina, hipertensión, dislipidemia y obesidad central. La afección se diagnostica por la coexistencia de tres de las cinco anomalías metabólicas mencionadas anteriormente, la patología en varios tejidos es común en personas con síndrome metabólico; el daño incluye el sistema cardiovascular, el páncreas y el hígado. Esto explica por qué las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2 y la cirrosis se encuentran entre las principales causas de muerte en personas con síndrome metabólico.

Por su parte Helen ⁽³⁹⁾ refieren que el tratamiento se basa esencialmente en el cambio en los estilos de vida, lo que implica modificaciones en la dieta que esta sea saludable, en cantidad adecuada de calorías totales, aumentas la actividad física, mantener el peso adecuado. Esto impactaría en mejorar la resistencia a la insulina, la presión arterial, el metabolismo de los lípidos y lipoproteínas en plasma. El tratamiento farmacológico por sí solo no tiene gran impacto en el control del síndrome metabólico, sin embargo el cambio de estilos de vida y el tratamiento farmacológico favorece el control

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existe evidencia de la importancia de la participación de la familia en el apego, evolución y respuesta al tratamiento del paciente con enfermedades crónico degenerativas. En la actualidad no se le da la importancia al tipo de familia con la que cuenta los pacientes crónicos degenerativos y que esta pueda impactar en el control o descontrol de dichos padecimientos; debido a la prevalencia de las enfermedades crónicas y la relación con la dinámica familiar es importante determinar el tipo de familia.

Newby ⁽⁴⁰⁾ refiere que las enfermedades crónicas como un estado de salud alterado, causado por una condición patológica irreversible, que deja una discapacidad residual que no puede corregirse con un simple procedimiento quirúrgico o una terapia médica. Las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de consulta de primer nivel en atención, y el desarrollo de múltiples complicaciones hacen de estas patologías una verdadera demanda de atención en segundo nivel. Por lo que debido a las funciones que desempeña el médico familiar de prevención y promoción de la salud, es importante conocer como está conformada la familia de los pacientes, con la finalidad de generar estrategias acorde a la familia del paciente.

Existe evidencia de la importancia de la participación de la familia en el apego, evolución y respuesta al tratamiento del paciente con enfermedades crónico degenerativas. En la actualidad no se le da la importancia al tipo de familia con la que cuenta los pacientes crónicos degenerativos y que esta pueda impactar en el control o descontrol de dichos padecimientos; debido a la prevalencia de las enfermedades crónicas y la relación con la dinámica familiar es importante determinar el tipo de familia.

2.1 Justificación.

Las enfermedades crónicas degenerativas impactan de manera importante en la dinámica familiar, ya que pueden desencadenar crisis familiares y exigen un apoyo importante por parte de la familia para el seguimiento de su padecimiento, el apoyo familiar es crucial en el control de este tipo de padecimientos, ya que se requiere de apoyo emocional, nutricional, adecuación de hábitos.

Debido al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, y presencia de estas en población cada vez más joven, es de suma importancia conocer la conformación de la familia, ya que el impacto que se genera en la vida de los pacientes es importante. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ⁽⁴⁾ refiere que la diabetes paso del 15.3% en el 2001 a 22.8 en el 2018, en obesidad de 18.7% en el 2001 a 22.7 en el 2018 en hombres en el grupo de 50 años y en mujeres del mismo grupo de edad de 25.2% a 31.3% en el mismo periodo.

Hasta la fecha, las intervenciones y políticas en salud, de las enfermedades relacionadas con el estilo de vida del individuo se centran en él como generador de cambio. Sin embargo, Wilson ⁽⁴¹⁾ menciona que centrarse en la familia en lugar de los individuos puede ser una estrategia más eficaz para la prevención de enfermedades, existe evidencia de que tanto la elección de alimentos como la conducta alimentaria muestra un gran coherencia en las familias, incluso en generaciones.

Esta investigación pretende determinar el tipo de familia con la que cuentan los residentes en control de enfermedades crónico degenerativos que reciben atención en el Centro de Salud Rural Poblado Miguel Alemán en base a la clasificación de Irigoyen. Esto puede ayudar en el conocimiento de la conformación familiar que predomina en esta comunidad, dando así un

panorama de los tipos de familia con las que cuentan los pacientes con enfermedades crónicas; para generar estrategias acorde a la integración familiar de dichos pacientes.

2.2 Pregunta de investigación.

1. ¿Cuáles son los tipos de familia en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que se les brinda atención en CSR Miguel Alemán?

2.3 Objetivo general

Describir la distribución entre las enfermedades crónico no transmisibles (DM2, HAS, obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico) y los tipos de familia en el CSR Miguel Alemán

2.4 Objetivos específicos

1.-Estimar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo al tipo de familia.

2.-Analizar el tipo de familia que predomina con relación a las enfermedades crónicas no transmisibles.

CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1 Generalidades

Diseño Transversal

3.2 Universo de estudio

Pacientes con diagnóstico de enfermedad crónico degenerativa no transmisible (DM2, HAS, Obesidad, Dislipidemias, Síndrome Metabólico) que se encuentren registrado y lleven control en el Centro de Salud Rural Miguel Alemán.

3.3 Sitio de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Rural Miguel Alemán; en el poblado Miguel Alemán, Hermosillo Sonora, con base en el registro de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (DM2, HAS, Obesidad, Dislipidemias, Síndrome Metabólico) que se encuentre en control, activos en la unidad.

3.4 Población de estudio

Se invitó a participar de este proyecto a los pacientes con control de enfermedades crónicas no transmisibles: DM2, HAS, Obesidad, Dislipidemias, Síndrome Metabólico que llevan control en el CSR Miguel Alemán, se cuenta con un registro de 216 pacientes de los cuales 111 fueron los que participaron en dicho proyecto.

3.5 Criterio de selección de la población

Criterios de inclusión

Todo paciente activo en control de enfermedad crónica no transmisible en la unidad CSR Miguel Alemán.

Todo paciente que cuente con los datos completos para su localización en base al tarjetero que maneja la unidad.

Todo paciente que cuente con expediente en la unidad.

Que deseen participar en el proyecto

Criterios de exclusión

Pacientes embarazadas con enfermedades crónicas no transmisibles

Pacientes con irregularidad en sus citas

Paciente que no se localicen

3.6 Tipo y tamaño de muestra

Se incluyeron en el estudio 111 pacientes mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia; de los 216 pacientes que reunieron los criterios de inclusión, 48.6% fueron excluidos siendo el motivo principal la irregularidad en control de su enfermedad. La figura 1 corresponde al diagrama de flujo del proceso de selección de los participantes.

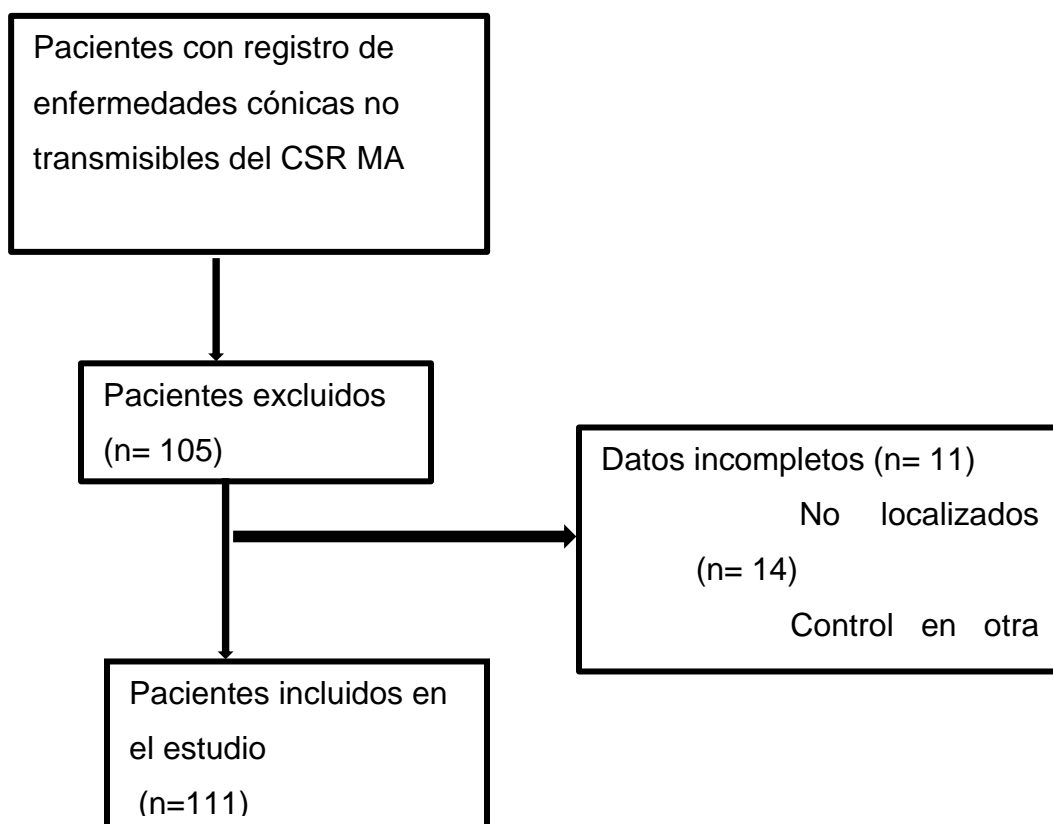


Fig. 1 Diagrama de flujo del proceso de elegibilidad de los participantes

CAPITULO IV: DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

4.1 Variables independientes

Las variables de esta categoría están conformadas por: 1) edad, 2) sexo, y 3) tipo de familia.

4. 2 variables dependientes

Las variables de esta categoría están conformadas por: 1) Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), 2) Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), 3) Obesidad (OB), 4) Dislipidemias (DLP) y 5) Síndrome Metabólico (SXM).

4.3 Operacionalización de las variables

A continuación se presenta la tabla 1. Donde se podrá visualizar el tipo de variable, interrelación, naturaleza, la escala de medición, definición operacional y el indicador.

Tabla 1. Definición y categorización de variables estadísticas

Variable	Interrelación	Naturaleza	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Edad	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Edad en años al momento del estudio	Años
Sexo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Características fenotípicas del paciente	1. Mujer 2. Hombre
Tipo de familia	Independiente	Cualitativa	Nominal	Conformación familiar basada en clasificación de Irigoyen	1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4. Reconstruida binuclear 5. Monoparental 6. Monoparental extendida 7. Monoparental extendida compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuesta 10. No parental 11. Monoparental extendida sin parentesco 12. Grupos Similares a familia
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Enfermedades metabólica caracterizada por cifras elevadas de glucosa	1. Diabético 2. No diabético
Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Enfermedad generada de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar.	1. HAS 2. No HAS
Obesidad (OB)	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Exceso de grasa en el organismo con un IMC mayor a 30kg/m ² , o perímetro de cintura mayor o igual a 102 cm en hombres y mayor o igual a 88 cm en mujeres.	1. OB 2. No OB

Variable	Interrelación	Naturaleza	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Dislipidemia (DLP)	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Cantidad de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad. colesterol total mayor a 200mg/dl, colesterol HDL menor a 40mg/dl, triglicéridos mayor a 150mg/dl, colesterol LDL mayor a 100 mg/dl	1.DLP 2.No DLP
Síndrome Metabólico (SXM)	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Conjunto de alteraciones metabólicas constituidas por DM2, HAS, OB, DLP	1.DM2, HAS,OB,DLP 2.DM2,OB,DLP 3.DM2,HAS,DIP 4.HAS,OB,DLP

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Obesidad (OB), Dislipidemia (DLP), Síndrome Metabólico (SXM).

CAPÍTULO V: PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A través del registro de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que se encuentren documentados en el tarjetero de la unidad, y cumplan con los criterios de inclusión para esta investigación, se les informará sobre el protocolo y en que consiste su participación, así mismo los que acepten participar se les entregará el consentimiento informado.

Se realizó un cuestionario donde el paciente seleccionado anotó su nombre, y edad. Marcó con un “x” el sexo, y el tipo de familia que de acuerdo a la descripción del documento cumple con las características actuales de conformación familiar, el personal encargado del proyecto identificó el tipo de enfermedad crónica no transmisible con la que cuenta el paciente en base al registro de su tarjeta de control.

Una vez obtenido el resultado, se clasificó de acuerdo a la tipología de familia establecida por Irigoyen, que es la clasificación que se tomó como referencia para este protocolo.

5.1 Consideraciones éticas

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud es determinante realizar investigación que genere mejoras en la acción encaminada a proteger, promover y restaurar la salud de un individuo y de la sociedad en general por lo que este proyecto de investigación cumple con los siguientes parámetros establecidos en esta ley.

El artículo 17 establece que el riesgo de la investigación es la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, por lo que esta investigación es sin riesgo ya que es un estudio en donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental, en el que no se realizará ninguna intervención o modificación en variables fisiológicas, psicológicas o sociales. Atendiendo lo enunciado en los artículos 20 y 21 se obtuvo consentimiento informado de los participantes a dicho protocolo con previa información con respecto al contenido del estudio y la finalidad de su participación.

Este protocolo de investigación cumple con la premisa de la Declaración de Ginebra, de la Asociación Médica Mundial que establece que la salud del paciente, siempre será el empeño principal; así como con el código internacional de ética médica y la declaración de Helsinki

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

A continuación se describen las enfermedades crónicas no transmisibles de la muestra y el tipo de familia con la que cuenta de acuerdo a su integración. En el caso del síndrome metabólico se agruparon en cuatro grupos de acuerdo a los tipos de enfermedades que lo integran en: Grupo 1) DM2, HAS, OB y DLP; Grupo 2) DM2, OB y DLP; Grupo 3) DM2, HAS y DLP; y 4) Grupo 4: HAS, OB y DLP.

En la Tabla 2. Se observa que para los pacientes con enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2 el 44.7% cuenta con un tipo de familia Monoparental, y con tan solo 1.3% con familia de tipo binuclear reconstruida. En los paciente con obesidad el 68% cuenta con una familia nuclear numerosa y con un 7.7% del tipo nuclear.

Tabla 2. *Características generales de la muestra (N = 111).*

ECNT	Tipo de familia									
	Nuclear		Nuclear Simple		Nuclear numerosa		Reconstruida binuclear		Monoparental	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DM2	6	7.9	17	22.4	18	23.7	1	1.3	34	44.7
HAS	6	6.3	30	31.6	22	23.2	1	1.1	36	37.9
OB	5	7.7	20	30.8	17	68.0	0	0	23	35.4
DLP	9	8.4	32	29.9	24	22.4	1	0.9	41	38.3
1.DM2,HAS, OB,DLP	2	5.3	8	21.1	12	31.6	0	0	16	42.1
2.DM2,OB,DLP	2	22.2	2	22.2	1	11.1	0	0	4	44.4
3.DM2,HAS, DLP	0	0	6	30.0	2	10.0	1	5.0	11	55.0
4.HAS,OB,DLP	1	5.9	9	52.9	4	23.5	0	0	3	17.6

Enfermedad Crónica no transmisible (ECNT), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Obesidad (OB), Dislipidemia (DLP), Síndrome Metabólico (SXM).

En lo que respecta a la tipología familiar el tipo de familia que predominó en este estudio es la monoparental con un 37.8% seguida de la nuclear simple con un 29.7% y la menos predominante la reconstruida binuclear con un 0.9% (Tabla 3).

Tabla 3. *Porcentajes de tipos de familia.*

TIPO DE FAMILIA		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	10	9
Nuclear simple	33	29.7
Nuclear numerosa	25	22.5
Reconstruida binuclear	1	0.9
Monoparental	42	37.8
Total	111	100

En las Enfermedades crónicas no transmisibles podemos apreciar que solo el 0.9% de los pacientes que participaron en el estudio cuentan con un solo tipo de ECNT, el resto compartía con otra. En el caso del SXM la integración que ocupa el 34.23% es la conformada por (DM2, HAS, OB, DLP) (Tabla 4)

Tabla 4. Porcentajes de Enfermedad crónica no transmisible

TIPO DE ECNT		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
HAS + DLP	17	15.31
DM2 + HAS	2	1.80
DM2 + DLP	6	5.40
HAS + OB	1	0.90
HAS	1	0.90
SXM: 1. DM2,HAS,OB,DLP	38	34.23
SXM: 2. DM2,OB,DLP	9	8.10
SXM: 3. DM2, HAS,DLP	20	18.01
SXM: 4. HAS,OB,DLP	17	15.31
Total	111	100

Enfermedad Crónica no transmisible (ECNT), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Obesidad (OB), Dislipidemia (DLP), Síndrome Metabólico (SXM).

6.1 Discusión

Es importante puntualizar que la familia, como sistema, opera a través de ajustes dinámicos, ya que sufre cambios internos y externos para poder enfrentar nuevas circunstancias lo que la hace adaptativa y dinámica.

En los resultados del trabajo se pudo apreciar que los tipos de familia que predominaron en este estudio fueron la familia monoparental, la familia nuclear simple, la familia nuclear numerosa y la familia nuclear lo cual coinciden con los reportes del Instituto Nacional de Geografía y Estadística del 2020.⁽⁹⁾

La investigación también concluyó que estos tipos de familias no siempre se presentan en la misma frecuencia entre las diferentes

enfermedades crónicas no transmisibles, ya que en el caso de los pacientes con obesidad el tipo de familia que predomina es la nuclear numerosa, seguida de la monoparental.

Cada vez más los pacientes cuentan con más de una enfermedad crónica no transmisible en los resultados del trabajo se puede apreciar que los pacientes con SXM correspondieron al 75.6% de las enfermedades crónicas que se manejan en el CSR Miguel Alemán lo que concuerda con el trabajo de Reynoso, 2018 quien reporta la asociación de obesidad con ECNT.
(42)

El tipo de familia monoparental se presentó con mayor frecuencia en la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles por lo que, puede ser el inicio de un manejo familiar más puntual debido a que investigaciones como la de Ordoñez ⁽¹⁸⁾, en estudios de tipo de familia con adolescentes ha encontrado asociación con disfuncionalidad familiar en aquellas con integración monoparental, nuclear no integrada y como factor protector la nuclear simple y nuclear integrada, de ahí la importancia de continuar con investigaciones al respecto.

La alta prevalencia de quienes padecen más de una enfermedad crónica no transmisible, muestra la vulnerabilidad del paciente con una multimorbilidad debido a la presencia de dos o más condiciones crónicas, como se muestra en los resultados de esta investigación el 99.1% de los pacientes cuentan con más de dos enfermedades crónicas lo que coincide con el análisis realizado por Abebe ⁽¹⁴⁾, donde reportan que “la prevalencia mundial de padecer 2 o más condiciones crónicas entre personas de 65 años o más es del 95.1%”.

En cuanto al género encontramos que la prevalencia de mujeres fue del 72% y del 26% hombres por lo que es importante tomar en cuenta que al

contar con más de dos enfermedades crónicas esto incrementa la morbimortalidad, estudios muestran un panorama de la multimorbilidad entendida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un individuo, en donde las mujeres presentaron una prevalencia del 25%, mientras que los hombres fue de 13.4%.⁽¹⁰⁾

6.2 Limitaciones del estudio.

Una de las limitantes de este estudio fue el gran número de pacientes con irregularidad en la atención de su enfermedad crónica no trasmisible por lo que fue el principal motivo por el que se excluyeron un gran número de pacientes para este estudio.

6.3 Conclusiones y recomendaciones.

En este estudio se observó que el tipo de familia que se encontró con mayor frecuencia entre los paciente con enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Rural Miguel Alemán fue la del tipo monoparental, que está conformada por Padre o Madre con hijos, lo que nos da la pauta para el manejo de las redes de apoyo familiar con las que cuenta el paciente.

La enfermedad crónica no trasmisible que predominó en este grupo de pacientes atendidos en la unidad, fue el Síndrome Metabólico, por lo que implica un mayor riesgo de morbimortalidad, ya que cuentan con más de tres enfermedades crónicas.

La mayoría de los pacientes con Síndrome Metabólico, contaban con el siguiente grupo de enfermedades que lo integraban: DM2, HAS, OB, DLP

lo que nos permitirá trabajar en función de las características de estos subgrupos de pacientes.

El género que predominó en este estudio fue el femenino, por lo que la prevalencia de este tipo de patologías es mayor en mujeres que en hombres, lo que implica una mayor morbimortalidad.

La media de edad de los pacientes estudiados fue de 62 años, por lo que debido a la esperanza de vida actual es importante la participación familiar en el apego y seguimiento de la enfermedad.

Se recomienda que en futuras investigaciones se pueda trabajar con una muestra mayor, debido a que el paciente con enfermedades crónicas no transmisibles de esta comunidad se les brinda además de esta unidad, atención en IMSS, Centro de Salud Rural Miguel Alemán II.

CAPÍTULO VII: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Distribución De Enfermedades Crónicas Según Tipo De Familia En El Poblado Miguel																
2021-2022		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Protocolo de tesis	Selección del tema y título tentativo	■														
	Objetivos		■	■	■											
	Preguntas de investigación		■	■	■											
	Planteamiento del problema			■	■	■	■									
	Justificación			■	■	■	■									
	Marco referencial		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Estrategia metodológica				■	■	■	■	■	■	■	■	■			
	Cronograma			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Revisión bibliográfica			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Anteproyecto					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Desarrollo de tesis	Levantamiento de datos (colecta de datos)													■	■	
	Base de datos/ Unidad de análisis													■	■	■
	Análisis de datos													■	■	
	Conclusiones														■	■
	Escritura de proyecto														■	■
	Segunda entrega															■
	Comisión de titulación															■
	Ajuste al formato APA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

INSTRUMENTO PARA CLASIFICAR TIPOLOGIA DE FAMILIA (IRIGOYEN)

Marca con una X como está conformada tu familia actualmente (PACIENTE)

Nombre del paciente _____ Edad _____

Sexo Mujer _____ Hombre _____

Enfermedad crónica: A) DM2 B) HAS C) OBESIDAD D) DISLIPIDEMIAS E) SINDROME METABÓLICO

1. Hombre y mujer sin hijos.
2. Padre y madre con 1 a 3 hijos.
3. Padre y madre con 4 hijos o más.
4. Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
5. Padre o madre con hijos.
6. Padre o madre con hijos. Más otras personas con parentesco.
7. Padre o madre con hijos. Más otras personas con y sin parentesco.
8. Padre y madre con hijos. Más otras personas con parentesco.
9. Padre y madre con hijos. Más otras personas con y sin parentesco.
10. Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc).
11. Padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco.
12. Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. (por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos etc.)

Personal de salud marcar el número al que corresponde la respuesta anterior marcada por el paciente en la tabla.

1	NUCLEAR
2	NUCLEAR SIMPLE
3	NUCLEAR NUMEROSA
4	RECONSTRUIDA BINUCLEAR
5	MONOPARENTAL
6	MONOPARENTAL EXTENDIDA
7	MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA
8	EXTENSA
9	EXTENSA COMPUESTA
10	NO PARENTAL
11	MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO
12	GRUPOS SIMILARES A FAMILIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

“Consentimiento del paciente crónico degenerativo en la clasificación de tipo de familia en el Centro de Salud Rural Miguel Alemán”

Hermosillo, Sonora, México a _____de _____2021.

Número de registro ante comité local de investigación y ética en investigación en salud o la comisión nacional de investigación científica: _____

El objetivo de este estudio es determinar la conformación de familia que tienen los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptación de participación en estudio, firmando la carta de consentimiento informado, con la posterior aplicación de la encuesta de estudio, con llenado de la misma pudiendo cuestionar sobre dudas durante el llenado de la misma. Así mismo será de manera confidencial en cuestión de resultados obtenidos los cuales serán utilizados para la elaboración de tesis de titulación.

Los posibles beneficios de la realización de la encuesta consisten en la obtención de un panorama más amplio de los tipos de familia con los que cuentan los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del centro de salud rural del Poblado Miguel Alemán. El investigador principal 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, beneficios o cualquier 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 en la unidad.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 (nombre y firma)

Testigo 2 (nombre y firma)

CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdivia C. Instituto Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. 2008;; p. 15-22.
2. SIDUR. Programa de Fortalecimiento de Vialidad para Movilidad en el estado de Sonora Miguel Aleman. informe. Mexico : Gobierno del Estado de Sonora, JRM Consultores, S.A. de C.V.; 2016. Report No.: CPSP-SIDUR-010-16.
3. familias Cbpeedl. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 2005;; p. 15-19.
4. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales. México ;; 2020.
5. Macinko J, Mullachery P. Education-related health inequities in noncommunicable diseases: an analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. Cad. Saúde Pública. 2021 Sep; 38(1).
6. Gutiérrez R, al e. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencias Sociales. 2017 Febrero; 23(3): p. 219-226.
7. Flórez C, and Sánchez L. Fecundidad y Familia en Colombia ; ¿hacia una segunda transición demográfica? 2013..
8. CEPAL CLyCdD(-DdPdI. Familias, hogares, dinámica demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua. 2016.
9. INEGI. Censo de Población y Vivienda y Encuesta. [Online].; 2020. Available from: www.inegi.org.mx.
10. Almohammadian M, al e. Multimorbidity as an important issue among women: results of a gender difference investigation in a large population-based cross-sectional study in West Asia. BMJ Open. 2017 March; 7(5).

11. Nolasco S. Disfuncionalidad familiar en los sectores periféricos del distrito La Esperanza. *SCIÉENDO*. 2019 Febrero; 22(1): p. 59-65.
12. Becerra EN, Villegas C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *CONAMED*. 2021; 26(2): p. 57-67.
13. Ziqi Z, al e. Epidemiological Perspectives of Diabetes. *Cell Biochemistry and Biophysics*. 2015 february; 73(1): p. 181-185.
14. Abebe F, al e. Multimorbidity of chronic non-communicable diseases in low- and middle-income countries: A scoping review. *Journal of comorbidity*. 2020 September; 10: p. 1-13.
15. Merodio Zea. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte Sanitario*. 2015 Abril; 14(1): p. 14-20.
16. Gallego H. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2012;; p. 326-345.
17. Membrillo A, al e. Familia introducción al estudio de sus elementos. Primera ed.: ETM; 2008.
18. Ordóñez Y. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Elsevier*. 2020;; p. 1-10.
19. Serrano J. El papel de la familia en el envejecimiento activo. *España*; 2013.
20. CONAPO. La composición de los hogares y familias en México se ha modificado en décadas recientes. 2020 Mayo 15..
21. Ambrosio L. Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;; p. 2357–2367.
22. Jürger H. Diabetes mellitus – Definition, Klassifikation, Diagnose, Screening und Prävention (Update 2019). *Springer*. 2019;; p. 6-15.
23. Punthakee Z. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Canadian Journal of Diabetes*. 2018;; p. 510- 515.

24. Setters B, HM H. Hypertension in the Older Adult. Prim Care Clin Office Pract. 2017;; p. 529-539.
25. Meeks W. Pathophysiology of hypertension in the elderly. Semin Nephro. 2002;; p. 65-70.
26. Chobanian A. Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly. N Engl J Med. 2007;; p. 789-796.
27. Bou MS. Cardiovascular risk reduction: the future of cholesterol lowering drugs. Curr Opin Pharmacol. 2016;; p. 62-69.
28. Zarate A, al e. Colesterol y Ateroesclerosis. Consideraciones historicas y tratamiento. Arch Cardio Mex. 2016;; p. 163-169.
29. Escobedo j, al e. 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. 2014;; p. 150: 128-136.
30. Brites FD, al e. 6° Curso de Capacitación de Posgrado a Distancia Síndrome Metabólico y Riesgo Vascular. 2012-2013 septiembre..
31. GPC. Intervención dietética: paciente con obesidad. 2013..
32. OPS (PdIS. Tema de Salud. 2017 Noviembre 10..
33. Cruz M. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. región y sociedad. 2013;; p. 165-202.
34. de Carvalho N, Lima MM. Metabolic Syndrome: conceptual analysis in the nursing context. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;; p. 1-12.
35. Etchegoyen M, al e. Metabolic Syndrome and Neuroprotection. Frontiers in Neuroscience. 2018;; p. 1-14.
36. Fitchett D. The Metabolic Syndrome Is an Important Concept in Therapeutic Decision-Making. Canadian Journal of Cardiology. 2015;; p. 596-600.
37. Mukhopadhyay P, al e. Síndrome Metabólico magro: ¿un concepto o una realidad? Indian J Endocrinol Metab. 2018;; p. 303-307.
38. Mendrick DLea. Metabolic Syndrome and Associated Diseases: From the Bench to the Clinic. Toxicological Sciencest. 2017;; p. 1-7.

39. Helen HW, al e. Novel insights into the pathogenesis and management of the metabolic syndrome. *Pediatric Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2020;; p. 189-230.
40. Newby N. Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursmg.* 1996;; p. 786-791.
41. Wilson Cjea. Protocol for a randomized controlled trial testing the impact of feedback on familial risk of chronic diseases on family-level intentions to participate in preventive lifestyle behaviors. *BMC Public Health.* 2016;; p. 1-11.
42. Reynoso J, al e. La obesidad y su asociación con otras de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Journal.* 2018 Junio; 3(8): p. 627-642.
43. Malpartida M. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Sinergia.* 2020;; p. vol. 5 (9).
44. Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered.* 2014;(25): p. 57-59.
45. Bahamón MJ, al e. Estilos y estrategias de aprendizaje: una revisión empírica y conceptual de los últimos diez años. *Pensamiento Psicológico.* 2012; 10(1): p. 129-144.