



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS
CARDIOVASCULARES MENORES DE 65 AÑOS, CHILLÁN 2018**

Autores

ANDRADE RIVAS CAMILA MACARENA

CRISÓSTOMO VILLANUEVA ALEJANDRA DEL PILAR

FIGUEROA ZAPATA NOELIA ABIGAIL

MOLINA DEL VALLE RODRIGO ANDRÉS

Profesor guía de tesis

Mg. EU. Henríquez Melgarejo Aurora del Carmen

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos de la Universidad del Bío-Bío, por permitir realizar esta investigación.

Con especial mención agradecemos a nuestra docente guía, Sra. Aurora Henríquez Melgarejo, por guiarnos con compromiso, motivación, apoyo y supervisión constante en todo el transcurso de ese proceso. Además, por siempre tener la mejor disposición para resolver dudas y facilitarnos la calidez de su oficina.

A la docente Dra. Carmen Luz Muñoz, por su buena disposición y por compartirnos su vasta experiencia en el comienzo de esta investigación.

A todos los docentes que han sido partícipes de nuestra formación a lo largo de estos años.

Al Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín, por darnos la aprobación para realizar el proceso de recogida de datos. Igualmente, al personal del CESFAM Violeta Parra de Chillán, por permitirnos ejecutar nuestra investigación en sus dependencias.

A nuestras familias, por ser apoyo incondicional a lo largo de la vida y nuestro proceso educativo.

Finalmente, a cada una de las personas que participaron de una u otra forma en esta investigación.

DEDICATORIA

Este proceso que finaliza va especialmente dedicado a mi familia, por su apoyo incondicional en cada una de las etapas, por su entrega y compromiso para lograr mis objetivos. A mi pololo por siempre darme el ánimo necesario y motivarme en el transcurso de los años. Gracias infinitas a cada una de las personas que estaban al pendiente de mí, por su cariño y muestras de afecto, en tan estresante y satisfactorio momento de mi vida.

Camila Macarena Andrade Rivas

Dedico esta tesis con todo cariño a mi familia, quienes me enseñaron desde pequeña, que el amor es el combustible que nos permite día a día superar cualquier desafío y adversidad que se nos presente. Agradezco sinceramente su paciencia y contención emocional en los momentos más difíciles de este exigente, pero satisfactorio proceso.

Alejandra del Pilar Crisostomo Villanueva

Gracias doy primeramente a Dios, ya que por su inmenso amor y misericordia puedo decir ¡Eben-Ezer!. No podría olvidar dar gracias también a mis padres y hermana, por el amor y paciencia entregada en cada instante, siendo mis pilares y ejemplos de vida, a quienes pude acudir en los momentos difíciles que se presentaron durante estos años; y, por último, gracias a este proceso por otorgarme la oportunidad de amar.

Noelia Abigail Figueroa Zapata

A mis padres, Clara y Francisco, por brindarme apoyo, confianza y por ser quienes siempre me han guiado y rodeado de amor. A mi hermano y mis hermanas, por ser mis amigos, compañeros, confidentes y apoyarme en cada etapa de la vida. A mis tías, tío, primas, primos, a Nicolás y Felipe, por ser motivación constante y creer en mí. A mis amigos, Juan Pablo, Nicolás, Nadya, Sebastián, Francisca, Camila, y tantos otros; gracias por ser apoyo, distracción y alegría. Por último pero no menos importante, a Noelia, por su compañía, paciencia, ánimo, confianza y sobre todo por el amor que me entrega y me permite entregarle. Gracias a cada uno de ellos ha sido posible llegar hasta esta etapa.

Rodrigo Andrés Molina del Valle

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo. La atención primaria se encarga de la promoción de estilos de vida saludable, prevención de enfermedades y cuidado en portadores de patologías crónicas no transmisibles. Es interesante y contingente vincular los estilos de vida y su influencia en la funcionalidad familiar en usuarios cardiovasculares, considerando ambos factores como fundamentales en el autocuidado.

Objetivo: Evaluar la relación entre estilo de vida y funcionalidad familiar en usuarios cardiovasculares menores de 65 años.

Método: Estudio correlacional de corte transversal. Recolección de datos con pautas auto aplicables: Cuestionario sociodemográfico y de estilo de vida, módulos ENS “Actividad física” y “Dieta”, FACES III y IV.

Resultado: La muestra se caracterizó por ser: 78,1% de sexo mujer, 53 años promedio, comorbilidad de 2 enfermedades diagnosticadas y consumo promedio de 3 o más fármacos diferentes por día. Un 29,9% consume alcohol y 14,9% consume tabaco. El 71,1% de los participantes no realiza la actividad física recomendada. En funcionalidad familiar, un 59,6% presenta un nivel de comunicación muy alto.

Conclusión: La labor educativa del profesional de salud en el Programa de Salud Cardiovascular radica tanto en fomentar estilos de vida saludable y adherencia al tratamiento como en el control de patologías crónicas. Sin embargo, mantener algunos hábitos nocivos podría repercutir en la salud de los usuarios y sus familias. Esto exige reforzar la educación en controles de salud y dirigirla a la comprensión del usuario y familia, que adoptar un estilo de vida saludable ayuda a mantener sus patologías compensadas.

Palabras claves: Estilo de vida, funcionalidad familiar, usuario cardiovascular.

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	1
1.1	ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.4	PROBLEMATIZACIÓN	3
1.5	MARCO TEÓRICO	3
1.6	MARCO EMPÍRICO	16
1.7	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	20
1.8	HIPÓTESIS.....	21
II.	MÉTODOS	22
2.1	TIPO DE DISEÑO	22
2.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO	22
2.3	MUESTRA	22
2.4	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	22
2.5	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	22
2.6	LISTADO DE VARIABLES Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	23
2.7	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
2.8	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
2.9	ASPECTOS ÉTICOS	27
2.10	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	27
2.11	ANÁLISIS DE LOS DATOS	28
III.	RESULTADOS	29
IV.	DISCUSIÓN	37
V.	LIMITACIONES	41
VI.	SUGERENCIAS	42
VII.	CONCLUSIÓN	43
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	44
IX.	ANEXOS	53
9.1	DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.....	53
9.2	CARTAS DE AUTORIZACIÓN DE DIRECTORA ESCUELA A INSTITUCIÓN.....	58
9.3	ESCALAS, CUESTIONARIO, INVENTARIOS, ENCUESTAS, ETC.....	61

a) CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE ESTILO DE VIDA (CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO).....	61
b) ACTIVIDAD FÍSICA. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MÓDULO IV – PREGUNTA 17	64
c) ESTILO DE ALIMENTACION. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MÓDULO XII.....	65
d) ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR, FACES III.....	67
e) ESCALA DE EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR, FACES IV ..	69

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias ha incrementado en los últimos años, resultando ser un tema preocupante para las autoridades sanitarias.

Además, “se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares (AVC). Más de tres cuartas partes de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (ECV) se producen en los países de ingresos bajos y medios” (1).

Según estudios realizados por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, se estima que la tasa de mortalidad por estas patologías es de 136,8 muertes por cada 100.000 habitantes en el trienio 2010-2012 (1).

De las patologías que predisponen las muertes prematuras en el mundo y en Chile, se puede mencionar la Diabetes Mellitus, definida como hiperglicemia crónica, que a corto y largo plazo genera daño microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica) (2). También puede mencionarse la Hipertensión Arterial, la cual *“es el principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular (ECV) y enfermedad coronaria. Se le atribuye el 54% de las ECV y 47% de la enfermedad cardíaca isquémica” (3);* y la Dislipidemia, afección *“caracterizada por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud” (4);* estas están insertas dentro del Programa de Salud Cardiovascular, sirviendo de base para este estudio.

La familia cobra gran relevancia a la hora de relacionar la salud de sus integrantes con el bienestar familiar, puesto que la familia es la base en la cual se desarrollan, mantienen y se

producen cambios en los hábitos en cuanto a salud. En una familia, sus integrantes tienden a compartir los mismos patrones de alimentación, actividad física y uso de sustancias (tabaco, alcohol y drogas). Así se ve reflejado que los estilos de vida de una persona influyen en su pareja y en los hijos en caso de tenerlos.

Considerando los temas mencionados anteriormente es que se plantea como objetivo general evaluar la relación entre estilo de vida y funcionalidad familiar en usuarios cardiovasculares menores de 65 años pertenecientes al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Violeta Parra de Chillán.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel nacional los estudios que vinculan las patologías cardiovasculares, los estilos de vida y la funcionalidad familiar se encuentran limitados. Sin embargo, estudios que relacionan los estilos de vida y las patologías cardiovasculares, o la funcionalidad familiar y las patologías cardiovasculares de manera independiente, se encuentran en mayor cantidad. Aun así, lamentablemente, no revelan conclusiones suficientes como para concretar información oficial.

En relación a esto, a nivel local, el año 2010 se elaboró un estudio que relaciona las variables de funcionalidad familiar y control de usuarios diabéticos e hipertensos, en dicho estudio se establecen directrices para estimar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario como un nuevo factor fundamental a considerar en una nueva visión en la que se debe trabajar dentro de la atención primaria, un enfoque netamente promocional.

Dicho estudio deja como conclusión general que *“La evidencia posibilita establecer que pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión requieren de cuidados y del apoyo familiar para un mejor control de sus patologías. Por consiguiente, pacientes con familias disfuncionales estarán más expuestos a descompensación”* (5).

En base a lo anterior, es que para enfermería cobra especial interés la profundización de la relación existente entre las variables anteriormente mencionadas, buscando asociaciones

significativas y concluyentes entre el estilo de vida propio de cada usuario y su funcionalidad familiar. Esto debe estar fundamentado en la labor educativa y la atención holística que se ofrece a los usuarios, especialmente a quienes requieren cambios de hábitos como señal de autocuidado.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre funcionalidad familiar y estilo de vida en usuarios cardiovasculares menores de 65 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2018?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de escolaridad, ingreso económico) influyentes en la funcionalidad familiar de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años?
2. ¿Cuáles son las características clínicas (número de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas y número de fármacos diferentes consumidos diariamente) de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años?
3. ¿Cuáles son los estilos de vida (actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco y estilo de alimentación) de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años?
4. ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en términos de cohesión, adaptabilidad y comunicación de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años?
5. ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y funcionalidad familiar de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años?

1.5 MARCO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad tanto en Chile, como en el mundo.

Esto cobra gran relevancia para el profesional de enfermería, puesto que la atención primaria, encargada de atender a los usuarios con enfermedades cardiovasculares, se ve

altamente congestionada por el gran número de personas diagnosticadas con estas patologías que requieren atención.

Si bien se han invertido más recursos en políticas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, sigue aumentando la incidencia de estas patologías en la población chilena. Es por esto que se debe indagar más sobre las causas o factores que se relacionan con el incremento de los nuevos casos, entre ellos los estilos de vida en los individuos y como estos influyen en la funcionalidad familiar (5).

Familia y funcionalidad familiar

En el artículo 16 de la Declaración de Derechos Humanos (DD. HH.), proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, se define la familia como un *“elemento natural y fundamental de la sociedad”* (6). Los tipos de familia, número de integrantes y sus dinámicas internas características son ejes muy importantes que influyen notoriamente en los estilos de vida de cada individuo que conforma esta unidad. Por lo tanto, familia es una unidad biopsicosocial considerada como uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud, y contribuye de esta manera al mejoramiento de la calidad de vida de sus miembros. Es la entidad fundamental de la sociedad, encontrándose en interacción permanente con el medio natural, cultural y social. Del mismo modo, la funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (7).

Por consiguiente, el ser humano es un ser de naturaleza social, que se expresa y proyecta en todos los ámbitos de la vida, por lo que va más allá de la individualidad, a nivel de mantenimiento de las relaciones sociales. Los usuarios con enfermedades cardiovasculares deben lidiar de forma permanente con las cargas físicas, psicológicas y sociales. Además, las enfermedades reestructuran y limitan las ocupaciones laborales de las personas, pudiendo

generar inestabilidad económica que conlleva a una alteración en la dinámica familiar. Se sabe que la familia es la fuente de apoyo por excelencia, en esto radica la importancia de explorar la funcionalidad familiar de las personas con enfermedades cardiovasculares, y utilizarlo como vía para promover la salud de estas personas (8). Claramente, se debe considerar la individualidad de cada sujeto al momento de realizar estudios, sin embargo, es importante entender que el individuo está bajo influencia constante del medio en el que está inserto. El entorno es uno de los componentes en los Determinantes Sociales de la Salud que se considera en interacción con el individuo (9) (10).

Al considerar “familia” como un componente esencial e influyente en los individuos, se entiende como fuente principal de apoyo social en las personas y se considera en el contexto principal en el cual se desarrollan, mantienen y modifican sus hábitos de salud. En una unidad familiar cada integrante suele compartir contextos similares y comunes como la alimentación, actividad física, consumo de sustancias (tabaco y alcohol). A partir de esto, se infiere que los estilos de vida de un individuo inciden en el tipo de conductas esperables que desarrollen en un futuro, ya que la salud de uno de sus integrantes repercute en los otros miembros de la familia por vías distintas a la de los hábitos de salud.

“Existe clara evidencia de la influencia de la familia en la salud de sus miembros, por lo que parece razonable considerar los aspectos familiares y el incorporar a la familia en la atención de salud de los individuos, siendo potencialmente muy útil en la Atención Primaria” (11).

Modelo Circumplejo de Olson

Para entender más profundamente la funcionalidad familiar desde las directrices científicas, se debe considerar que, los estudios más actuales que abordan la funcionalidad familiar son analizados a partir del Modelo Circumplejo de Olson, el cual incluye la visión de la funcionalidad familiar considerando las áreas de cohesión, adaptabilidad y comunicación. Este modelo, recientemente, ha tenido gran trascendencia en el mundo académico - profesional, ya que precisa que la cohesión, adaptabilidad y comunicación son las tres

dimensiones que principalmente delimitan el concepto de funcionamiento familiar. La cohesión familiar hace referencia al grado en que los miembros de la familia se interesan y comprometen con la misma, y la ayuda mutua que se proporcionan. La adaptabilidad familiar se define como la capacidad de cambiar roles, reglas y liderazgo dentro del núcleo familiar. El grado de cohesión y adaptabilidad que presenta cada familia es categorizado en: extremo, de rango medio o balanceado. Según esta clasificación, se entiende que los sistemas familiares de tipo “balanceado” tienden a ser más prácticos y facilitadores de la dinámica familiar. Por otro lado, los sistemas de tipo “extremos” son más problemáticos a medida que la familia atraviesa el ciclo vital. La comunicación es el tercer elemento a considerar en la funcionalidad familiar, la cual permite básicamente, que los constructos anteriormente mencionados logren interactuar en la dinámica familiar (12).

Es por eso que surge el interés del estudio sistemático y científico de la familia, influenciado por el enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto exclusivamente como un ente biológico y toman especial interés los factores psicológicos y sociales, de los cuales muchos se originan en la propia familia, afectando de una u otra manera la salud del individuo.

Estilo de vida

En paralelo, los estilos de vida son considerados el conjunto de pautas y hábitos que caracterizan la vida de una persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enmarca la importancia de *“adoptar un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez”* (13).

Dentro de la amplia gama de estilos de vida, en el presente estudio se desarrollan los que para esta investigación se consideran más pertinentes: estilo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco.

- ✓ **Estilo de alimentación:** Son aquellas características de la alimentación que *“proporcionan toda la energía y los nutrientes que cada persona necesita para crecer, desarrollarse y*

mantenerse sano. Significa comer abundantes verduras y frutas diariamente, tomar leche o yogur descremados, preferir el pescado, pavo, pollo o carnes rojas sin grasa, comer legumbres, granos enteros y beber mucha agua” (14). Asimismo, está ampliamente estudiado que un estilo de alimentación saludable actúa como factor protector en el desarrollo de enfermedades no transmisibles, esto ha llevado a que el Gobierno de Chile incluya políticas públicas que normen la alimentación de los chilenos y con esto disminuir las consecuencias negativas en salud que generan los malos hábitos alimenticios.

En relación a este punto, Chile cuenta con una serie de leyes que tienen como finalidad el fomento de una alimentación saludable.

- Ley 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad, que rotula el empaquetado con “ALTO EN” calorías, azúcares, sodio y grasas saturadas (15). Si bien la población objetivo son los menores de 15 años, en la actualidad ha impactado también a jóvenes y adultos.
- Ley 20.869 sobre publicidad de los alimentos (16).
- Resolución 393 exenta, que fija directrices nutricionales sobre uso de vitaminas, minerales y fibras dietéticas en alimentos (17).
- Resolución 394 exenta, que fija directrices nutricionales sobre suplementos alimentarios y sus contenidos en vitaminas y minerales (18).

Por otro lado, según datos entregados por la Encuesta De Consumo Alimentario En Chile (ENCA) el año 2016, solo el 5% de la población chilena se alimenta de forma saludable, datos que complementan la encuesta Adimark del año 2015, titulada “*Los chilenos y la alimentación*” (19), en la cual un 45% de los encuestados prefieren el consumo de alimentos poco saludables y solo el 40% de los encuestados se preocupan por las enfermedades que pueden causar los alimentos. Las variadas dietas y la infinidad de opciones de consumo en la actualidad, han generado un conflicto social acerca de cuáles son los hábitos de alimentación saludable, sin embargo, es indudable que la sociedad en su mayoría está siendo consumidora de alimentos y productos elaborados, los cuales no cumplen con los

estándares apropiados para ser considerados saludables. En base a todo lo anteriormente expuesto es posible considerar la alimentación como un factor importante a la hora de analizar los estilos de vida de un usuario cardiovascular, es así como la relación con el entorno en el que está inserto el individuo, es decir, la familia y su núcleo más cercano pasa a ser un elemento indispensable para esta investigación.

Muchos son los estudios que establecen vínculos entre la influencia de la familia y los hábitos de alimentación en escolares y adolescentes. Sin embargo, estudios que investiguen la directa influencia de la alimentación con la dinámica familiar no logran ser completamente concluyentes en relación a este tema.

Un estudio de la Universidad de Colima en México, insta un nexo entre la dinámica familiar y los hábitos alimentarios, considerando además la zona geográfica en la que habitan. En dicha investigación se logra desprender que, *“...los hábitos alimentarios están permanentemente expuestos a dos tipos de fuerzas, las que propician cambios y las que se encargan de conservarlos; del resultado de estas fuerzas en pugna depende la velocidad con lo que se modifican o no los hábitos”* (20).

Si se abarca este factor en los estilos de vida, como un sistema influenciado por distintos entes, debemos considerar la familia, el individuo y la sociedad, ya que de esta manera se lograría conocer el porqué de la adquisición de ciertos hábitos en el sujeto.

La relación entre la alimentación no saludable y la descompensación de las enfermedades cardiovasculares, se debe a la ingesta de ácidos grasos saturados, y el consumo de colesterol en la dieta, aumentando los niveles de colesterolemia, favoreciendo la formación de placas ateroscleróticas que obstruyen los vasos sanguíneos, por consiguiente, aumenta el riesgo cardiovascular (21).

- ✓ Actividad física: Según la definición de la OMS *“Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”* (22). Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2016-2017, el 86,7% de la población chilena es sedentaria, provocando que un 74,2% de los chilenos tenga sobrepeso u obesidad (23). Así mismo la OMS indica que el 80% de las enfermedades cardiovasculares son

prevenibles a través de estilos de vida saludables, entre ellos la actividad física. Según el sub-análisis de estudio internacional INTERHEART (24), que incluyó a Chile entre los 6 países latinoamericanos más sedentarios, menciona que los factores de riesgo que potencian un infarto agudo al miocardio son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, dislipidemia y la obesidad abdominal, además de factores psicosociales. Es por esto que surge la necesidad de considerar este factor como determinante frente a los casos de usuarios con enfermedades cardiovasculares para disminuir la mortalidad por estas causas, y crear intervenciones eficaces que actúen frente a esta situación. Como se mencionó anteriormente, la actividad física ha comenzado a desarrollarse como un factor manejable y que preocupa a la población en el autocuidado de la salud, a su vez, ha comenzado a ser una variable mucho más estudiada en investigaciones vinculadas al manejo y control de la salud de los individuos.

El actual interés en el incremento de la actividad física se debe a la mayor exposición de los individuos al conocimiento de los beneficios que implica mantener un nivel de trabajo físico saludable y que aporte a su salud.

En Portugal, se elaboró un artículo titulado *“Socialización de la actividad físico deportiva en adultos: relación con familia, pareja y amigos”* (25), en el cual se determina los elementos fundamentales para que en edades adultas se logre un cambio de hábito con respecto a los niveles de actividad física realizada por el individuo. Además, en éste se menciona la importancia del cambio de entorno más cercano en la adultez, ya que mientras en etapas como la niñez y adolescencia quien influenciará mayormente los cambios de hábito será la familia, en la etapa de adultez joven, y en la adultez media será la pareja y la familia quienes determinarán el éxito o fracaso de estas modificaciones favorables en la conducta.

La actividad física y las afecciones cardiovasculares determinan fuertemente los estilos de vida de un individuo, a tal punto que, junto con el cáncer y los accidentes en carretera, son consideradas las principales causas de mortalidad en los individuos (26).

Además, es considerado un factor de riesgo potencialmente modificable y la no actividad altera significativamente la fisiología de los sujetos. Como ejemplo de esto se tiene que el

sedentarismo tanto en niños, adolescentes y adultos, crea alteraciones a nivel de crecimiento del sistema musculo esquelético, problemas de equilibrio, alteraciones en el peso, aumento de presión arterial, niveles de metabolismo disminuido y con ello, mayor prevalencia en el desarrollo de patologías cardiovasculares. Por otro lado, la actividad física potencia una buena salud mental, por lo tanto, quienes no realizan ejercicio físico aumentan sus probabilidades de alteración en dicha área (27).

- ✓ Consumo de Alcohol: El alcohol es la droga legal más consumida por los chilenos y las consecuencias del consumo nocivo repercuten sobre todo en el ámbito social y económico tanto a nivel individual como sociedad, y es por ello que la ingesta de alcohol se considera uno de los principales factores de riesgo para la salud pública. A nivel mundial, es particularmente crítico en el grupo etario de 20 a 39 años, donde un 25% de las defunciones son atribuibles a su consumo. Se le considera también el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas pertenecientes al grupo etario entre los 15 a 49 años de edad (28). A nivel país, el consumo riesgoso de alcohol en últimos 12 meses es de 11,7%, según datos de la ENS 2016-2017 (23). Las cantidades son considerablemente mayores en comparación con países de la región, encabezando la lista con un total de 9,6 litros de alcohol puro per cápita en adultos. A la vez, con respecto a los periodos de tiempo en los que la población chilena consume alcohol, se estima que el volumen de alcohol mencionado se consume en 1,6 días promedio a la semana, es decir, se focaliza en cortos periodos de tiempo. El patrón de consumo de alcohol de la población chilena, que no sólo implica la cantidad y la frecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, merece especial atención debido a que involucra aspectos de orden social y cultural. Elementos que implican el aumento del riesgo de consecuencias negativas de ámbito biopsicosocial. Esto no sólo impacta en el individuo que consume, sino que representa un daño potencial para otras personas, es decir, a la sociedad (29). A largo plazo el consumo de alcohol refleja sus nefastas consecuencias en el sistema circulatorio causando arritmias, hipertensión, e insuficiencia cardíaca, lo que puede desencadenar un infarto. Además, el alcohol dilata los

vasos sanguíneos periféricos, lo que causa una pérdida de calor en el organismo, generando o descompensando la enfermedad cardiovascular (30).

La funcionalidad familiar podría contribuir en el inicio y mantenimiento del hábito de consumo de alcohol, cobrando así gran importancia en la adopción de conductas que benefician o perjudican la salud (31).

El consumo de alcohol constituye un problema de salud pública por la alta prevalencia de consumo, la mortalidad, trastornos mentales y enfermedades cardiovasculares asociadas, principalmente reflejadas en la población joven (32). De esta manera, si en la familia es habitual el consumo de alcohol, esta práctica influirá en cada uno de los miembros.

- ✓ Consumo de tabaco: Se considera fumador a *“la persona que tiene costumbre de fumar”* (33). Es un factor de riesgo presente en mayor medida en hombres con edades entre 18 a 30 años, tanto consumo esporádico como habitual. Cabe mencionar que en Chile según datos de la última ENS 2016-2017 un 33.3% de la población es fumadora (23). La probabilidad de consumir tabaco aumenta en sujetos físicamente inactivos, igualmente el hecho de practicar un deporte de forma colectiva, lúdica y sin competitividad, aumenta la posibilidad de ser fumador.

Por esto, y debido a la significativa relación entre prevalencia de enfermedades cardiovasculares y el consumo de tabaco, es que resulta imprescindible incluir esta arista de los estilos de vida en el desarrollo de la presente investigación. En el contexto familiar, éste constituye un factor de riesgo evidente en relación a la frecuencia de consumo de cigarrillos. La probabilidad de ser un individuo fumador de forma esporádica y habitual es mayor cuando fuma el padre, madre, hermano o hermana. Tener una pareja fumadora y consumir alcohol, de igual manera aumenta la expectativa sobre los sujetos para consumir tabaco, siendo mayor si la pareja fuma o el sujeto bebe alcohol (25).

La salud cardiovascular se ve afectada negativamente al empezar a fumar. De forma contraria, los efectos comienzan a revertirse desde el momento que se deja dicho hábito. Los efectos potenciales del consumo de tabaco en el sistema cardiovascular incluyen:

enfermedad coronaria (infarto agudo al miocardio, enfermedad isquémica, angor o angina de pecho y muerte súbita), accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, aneurisma de la aorta abdominal. El riesgo depende de cuánto se fume, es decir, aumenta a mayor consumo de tabaco. El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para sufrir enfermedad vascular periférica.

Los componentes del cigarrillo, particularmente la nicotina y el monóxido de carbono, son los que provocan daños al sistema cardiovascular. La nicotina aumenta la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca, por su parte el monóxido de carbono se une a la hemoglobina, que a su vez transporta el monóxido de carbono con el oxígeno a los pulmones a través del torrente sanguíneo, reduciendo así la cantidad de oxígeno en el organismo (34) (35).

El consumo de tabaco también provoca que los vasos sanguíneos sean más propensos a que el colesterol y otros materiales grasos peligrosos se acumulen en sus paredes internas, es decir, más vulnerables a generar aterosclerosis, padecimiento que a su vez puede conducir a la hipertensión arterial y a la formación de coágulos (36).

Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles son actualmente conocidas por su impacto sanitario y su exponencial crecimiento en una población inminentemente más adulta y envejecida. Éstas poseen fuerte vinculación con los estilos de vida y ambiente en el que se encuentra inserto el individuo. Es por ello que enfermería ha tenido que fortalecer su labor educacional y trabajar en torno a estos factores de manera precoz, bajo la premisa de promoción de la salud (37).

Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender

En relación a lo anterior, Nola Pender líder en la teoría de promoción de salud, tiene vasto conocimiento en diversas áreas las ciencias de la salud, éstas sirven como recurso para los fundamentos de enfermería. El desarrollo humano, la psicología experimental y la educación, complementan sus artículos y ayudan a elaborar cimientos con un enfoque

holístico que guíen la labor de enfermería en promoción de salud. *“Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a comprometerse con las conductas destinadas al fomento de la salud”* (38).

El modelo de promoción de salud destaca la naturaleza multifacética del individuo, además de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano, no discrimina en cuanto a etapa de crecimiento, es enfocado en todas las edades y siempre trabajando bajo en concepto de fomento de la salud (37).

“Pender identificó la promoción de la salud como un objetivo para el siglo XXI, como la prevención de la enfermedad fue una tarea propia del XX. El modelo describe la interacción entre el profesional de enfermería y el consumidor, a la vez que considera el papel del entorno en la promoción de la salud” (39).

A partir de esto, el modelo de Pender se considera trascendente por trabajar fuertemente con los factores de riesgo de los sujetos. Contempla aquellos estilos de vida que influyen en la cotidianidad de un individuo. En ello radica la importancia y vínculo con el presente estudio (38).

Enfermería en salud comunitaria

La denominación de la Enfermería en Salud Pública ha sido muy utilizada, principalmente en la década del 70', donde la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantearon una necesidad inminente de aclarar la colaboración de la enfermería al mejoramiento de la salud de las comunidades. El concepto de “Enfermería Comunitaria” comienza a ser escuchado cerca del año 1974, cuando la OMS convocó al primer seminario denominado “Community Nursing” (40), ejecutado con el fin de comenzar a implementar directrices y bases conceptuales necesarias para otorgar un enfoque comunitario en los cuidados de enfermería. Por lo tanto, no es azarosa la evolución conceptual de “enfermería de salud pública” a “enfermería de atención comunitaria”.

La enfermería comunitaria presenta como enfoque principal la promoción y prevención, por lo tanto, debe haber una preparación idónea para intervenir en instituciones de salud pública, ya que de esta manera se pueden identificar características influyentes en los elementos de una comunidad o barrio, tanto positivos como negativos y que de una u otra manera afectan la salud de la familia y las personas que la componen. Por otro lado, se busca que un profesional de enfermería comunitaria sea un personaje activo en el entorno donde otorga servicios, tanto en programas de salud, colegios, y grupos u organizaciones dentro de la misma comunidad. Esto, se considera un elemento esencial a la hora de otorgar cuidados en los establecimientos de atención primaria, y más aún, a la hora de implementar el Modelo Integral de Salud predominante en nuestro país (41).

Modelo Integral de Salud

El Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (41)”*.

La descripción del modelo de atención, entrega una visión óptima de cómo articular las acciones en el ámbito sanitario, para así cumplir con lo demandado y requerido por la población. En el área pública se define como un conjunto de redes que son los establecimientos de salud de diversos niveles de complejidad y roles establecidos, que en conjunto aportan la promoción de la salud, prevención, detección y control de las enfermedades, contemplando el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de la atención de urgencia o emergencia (41).

El Régimen General de Garantías en Salud, tiene gran importancia a la hora de cumplir los objetivos sanitarios, ya que se enfocan en resolver aquellas patologías que implican un mayor impacto sanitario, dentro de éste se encuentran las Garantías Explícitas en Salud,

que se encargan de otorgar acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a todas las personas tanto del área privada como pública de salud (42).

El actual modelo de atención se centra en obtener el máximo impacto sanitario a través de las acciones que realiza en promoción y prevención, controlando los factores de riesgo que llevan a enfermar. Para ello se busca promocionar la salud mediante la educación de estilos de vida saludables por todos los profesionales que integran el equipo de salud. Además, actualmente se considera como un desafío epidemiológico lograr que las personas se hagan partícipes y protagonistas de su salud, posicionando al equipo sanitario como acompañante o asesor del proceso salud- enfermedad. El deber del profesional de la salud es trabajar de forma multidisciplinaria frente a la población asignada, con una visión de enfoque familiar, acompañando a las familias durante su ciclo de vida, otorgando educación, consejerías, promoción de salud, previniendo el daño, dando asistencia clínica y rehabilitación de manera oportuna cuando lo requieran (43).

En Chile, hay una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, en ello radica la importancia que tienen estas patologías y su abordaje en la ciencia de la salud bajo una teoría de enfermería que se ajuste a satisfacer la necesidad de estos usuarios (1).

El profesional de enfermería fundamenta su accionar en los principios del actual modelo de salud familiar, quien tiene la promoción de salud como labor principal, con ello se debe lograr la modificación de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores, a través de intervenciones educativas que motiven al usuario a generar cambios en la propia salud (43).

Dentro de este sistema dinámico, el usuario logra percibir que es capaz de realizar cambios en el estilo de vida a través del logro de metas tempranas y reales, estos cambios se ven reflejados en la disminución del consumo de tabaco, menor consumo de alcohol, aumento de horas de actividad física, y de manera gradual, cambios en la dieta y pautas de alimentación.

Los usuarios adheridos al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), reciben actividades educativas que repercuten en ellos provocando un cambio de conducta. No basta solamente con educar acerca de las posibles complicaciones de la patología que posee el usuario, sino más bien, se debe romper el ciclo, y lograr educaciones efectivas que logren que el usuario salga del box de atención de enfermería motivado, con metas y bases sólidas que modifiquen su conducta e influyan en el curso actual de su enfermedad crónica (44).

Finalmente, cuando las personas y sus familias integran a su cotidianidad lo aprendido en la actividad educativa, este ámbito de la salud se fortalece y de manera paulatina y programada, aumenta la eficacia en el autocuidado de la salud.

1.6 MARCO EMPÍRICO

Los siguientes artículos se encuentran principalmente en rangos etarios diferentes a los que competen a esta investigación, es por esto que se aclara que, pese a la diferencia de edad de la unidad de análisis de este estudio con la observada en los artículos, las conclusiones y discusiones obtenidas como antecedentes, son suficientemente relevantes y extrapolables a la situación investigada.

García et al (20). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre la dinámica familiar y la alimentación en base a las condiciones socioeconómicas e indicadores que se consideraron expresión de las pautas alimentarias. La metodología a utilizar fue de tipo cualitativa. Se concluye que, si bien el factor económico es determinante para la alimentación de una familia, también lo son, en igual o en mayor proporción quizá, las adaptaciones que haga la madre en la alimentación de los hijos.

Ruiz-Juan, Piéron, Baena-Extremera (25). Socialización de la actividad físico-deportiva en adultos: relación familia, pareja y amigos.

El objetivo del estudio fue predecir el comportamiento y nivel de actividad físico-deportivo de los adultos, según edad y sexo, a partir de las conductas de su entorno familiar, de la

actitud de sus progenitores, de sus amigos y la pareja ante su práctica físico-deportivo. Estudio transversal con 3.373 personas de ambos sexos con edades entre los 16 y 96 años. Análisis descriptivo, inferencial. Las conclusiones fueron que las personas no realizan el mínimo de actividad física recomendado, y ésta a su vez va disminuyendo en cantidad y frecuencia a medida que los individuos avanzan en edad. La familia influye de forma muy determinante en el nivel y estilo de actividad física de los sujetos, ya que el apoyo familiar siempre se ha correlacionado de forma positiva con niveles óptimos y regularidad del ejercicio. De este modo el apoyo de familiares, pareja y amigos es en algunos casos más influyente para realizar actividad física que incluso los motivos de salud.

Palomar (45). Relación entra el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico.

El objetivo del estudio fue conocer la relación que hay entre la percepción del funcionamiento familiar y la calidad de vida de un grupo de sujetos alcohólicos y otro control, así como comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de ambos constructos. Muestra constituida por 60 sujetos, de los cuales 30 eran alcohólicos y los otros 30 tenían características personales y familiares similares en cuanto a la edad y la escolaridad, pero no tenían problemas con el consumo de alcohol. Para medir el funcionamiento familiar se utilizó una escala de diez dimensiones realizada por la autora. Como conclusión se obtuvo que son menos funcionales las familias alcohólicas que su grupo de comparación y además existen diferencias estadísticamente significativas en 11 de los factores de calidad de vida, en los cuales los sujetos alcohólicos reportan un menor grado de bienestar.

Ramírez, De Andrade (46). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil - Ecuador).

El estudio tenía por objetivo identificar en un ambiente familiar los posibles factores de riesgo relacionados con el uso de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. Utilizó una muestra de cien familias, a las que se les aplicó un instrumento preestablecido a los

responsables de las respectivas familias. Como resultado se obtuvo que 51% del nivel de escolaridad es bajo, el 54% tiene salario inferior al básico, el 61% ingieren bebidas alcohólicas. A modo de conclusión se obtuvo que la reducción de la casuística de alcoholismo y/o tabaquismo repercute significativamente en la calidad de vida de los individuos.

Forero, Siabato, Salamanca (47). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia.

El objetivo fue analizar la asociación entre ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes. Muestra de 289 adolescentes (126 hombres y 163 mujeres) estudiantes entre los 13 y los 17 años. Como instrumentos se utilizó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Pansi), el cuestionario APGAR familiar, y el cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Los resultados indican que el 67% presentan un buen funcionamiento familiar, y el 84% consumo de alcohol de bajo riesgo. Se identificó que hay una asociación mayor entre ideación suicida y el tipo de funcionalidad familiar grave.

Alonso, Yañez, Armendáriz (31). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria.

El estudio tuvo por objetivo identificar la relación y el efecto de la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol de adolescentes que estudian en secundaria. Muestra de 362 adolescentes, aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato. Para la recolección de los datos se utilizó la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia Consumo de Alcohol diseñada por los autores del estudio. Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó la Escala de Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson Portner y Lavee (1985), validada en Chile el año 2003 por Zegers et al y la dimensión de comunicación medida con Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) de Olson Portner (1991). Se empleó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) elaborado por Babor (1989) para la

detección temprana de personas con problemas de alcohol, validado para la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992). Los resultados muestran una relación negativa significativa de la funcionalidad familiar con el consumo dependiente de alcohol ($r_s = -0,204$, $p = 0,021$). Se concluye que funcionalidad familiar es muy importante ya que afecta significativamente las conductas de los adolescentes, por lo cual el profesional de enfermería es un elemento clave para el desarrollo e implementación de intervenciones enfocadas a la familia con el objetivo brindar estrategias familiares que impacten en el bienestar holístico de estas.

Trujillo, Vásquez, Córdoba (48). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes.

El objetivo de la investigación fue identificar la percepción que tienen los adolescentes y sus padres sobre su funcionalidad familiar y su asociación con el consumo de alcohol. Muestra de 236 adolescentes, 129 de sexo femenino y 107 de sexo masculino, con edad media de 14.6 ± 2.38 años de desviación estándar. Se aplicó una encuesta en la que se recogieron datos sociodemográficos, tipo de familia, Test APGAR Familiar y Test AUDIT, tanto a los adolescentes como a sus padres. Como conclusión del estudio se obtuvo que el consumo de alcohol en los adolescentes no dependió de su percepción de la funcionalidad familiar.

Ruiz-Juan et al (49). Consumo de tabaco en adultos el sureste español y su relación con la actividad físico-deportiva y familia.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre práctica físico-deportiva y consumo de tabaco en una muestra representativa de adultos en función de variables sociodemográficas y la influencia de la familia. Muestra de 3.263 adultos que fueron entrevistados mediante cuestionario por rutas aleatorias. Los resultados mostraron que el contexto familiar es un factor de riesgo en relación con la frecuencia en que los sujetos consumen tabaco. La probabilidad de fumar esporádica y habitualmente es mayor cuando el padre, la madre, hermano o hermana fuma. Por otro lado, se encontró que el contexto familiar influye solamente cuando se fuman 11 o más cigarrillos al día, siendo mayor la

probabilidad cuando el padre y la hermana fuman. Además, los antecedentes familiares son primordiales en lo que respecta al inicio y mantenimiento de la adicción al tabaco. Se detectó que los miembros de la familia de los individuos en estudio ejercen un modelo de conducta directo. Las personas fumadoras que presentan antecedentes familiares de tabaquismo, son más lábiles a iniciar el hábito de fumar y presentar dependencia nicotínica. En conclusión, los varones consumen tabaco con mayor frecuencia que las mujeres. La edad es un factor de riesgo, siendo la franja de edad entre los 31 y 60 años la que más tabaco se consume. Los hermanos, padres y pareja son los miembros de la familia más influyentes respecto de los hábitos insalubres.

1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

General

Evaluar la relación entre estilo de vida y funcionalidad familiar en usuarios cardiovasculares menores de 65 años

Específicos

1. Caracterizar las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de escolaridad, ingreso económico) influyentes en la funcionalidad familiar, de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años.
2. Describir las características clínicas (número de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas y número de fármacos diferentes consumidos diariamente) de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años.
3. Describir los estilos de vida (actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco y estilo de alimentación) de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años.
4. Evaluar funcionalidad familiar en términos de cohesión, adaptabilidad y comunicación, de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años.
5. Establecer la relación entre los estilos de vida y funcionalidad familiar de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años.

1.8 HIPÓTESIS

Los estilos de vida se relacionan positivamente con la funcionalidad familiar.

II. MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio analítico, diseño correlacional de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo corresponde a 4.340 usuarios cardiovasculares menores de 65 años, pertenecientes al CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán.

2.3 MUESTRA

Se estudiaron a 114 usuarios cardiovasculares menores de 65 años del PSCV asistentes a controles en el CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán. Técnica de muestreo no probabilística sistematizada, con un mínimo muestral de 113 participantes.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis corresponde a usuarios inscritos en CESFAM Violeta Parra, con antecedentes de patologías cardiovasculares diagnosticadas y en PSCV, con una edad menor a 65 años y mayores de 18 años.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión:

1. Usuarios inscritos en el CESFAM Violeta Parra de Chillán.
2. Usuarios pertenecientes al PSCV.
3. Usuarios mayores de 18 años, pero menores a 65 años.

Criterios de exclusión:

1. Usuarios que posean deterioro cognitivo severo.
2. Usuarios que posean deterioro físico severo que incluya uso de ayudas técnicas (silla de ruedas, bastón, andador).
3. Usuarios con hipoacusia bilateral severa.

4. Usuarios pertenecientes al sector tres del CESFAM Violeta Parra.

2.6 LISTADO DE VARIABLES Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO RECOLECTOR

1. Variable dependiente:

- Funcionalidad familiar

2. Variable independiente:

- Estilos de Vida:
 - a. Actividad física
 - b. Consumo de alcohol
 - c. Consumo de tabaco
 - d. Estilo de alimentación

3. Covariables

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Nivel de escolaridad
- d. Ingreso económico
- e. Parentesco con el jefe de hogar
- f. Polifarmacia
- g. Número de patologías crónicas

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó un paquete de cuestionarios en los cuales se incluyen: Cuestionario sociodemográfico, Escala de dimensiones “cohesión y adaptabilidad” FACES III y Escala de dimensión “comunicación” FACES IV, y secciones específicas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) versión 2009-2010, las cuales plasman principalmente variables biológicas, físicas, psicológicas, sociales, demográficas, entre otras, que influyen al individuo con respecto a su propia salud.

- **Cuestionario sociodemográfico y de estilo de vida (consumo de alcohol y tabaco):** Cuestionario elaborado por los autores de la investigación con el fin de caracterizar la muestra en el ámbito sociodemográfico y de hábitos de consumo, describiéndose: sexo, edad, estado civil, parentesco con el jefe de hogar, escolaridad, número de integrantes del hogar, ingreso económico, número de patologías crónicas y número de fármacos distintos consumidos en un día. Además, presenta una pregunta referente al consumo de alcohol y otra al consumo de tabaco (nicotina). Este cuestionario es de tipo auto aplicable y respuesta cerrada.
- **Encuesta Nacional de Salud (ENS):** Encuesta creada por el Ministerio de Salud en Chile el año 2003, en su primera versión de la aplicación con enfoque integral de la salud. El proceso de reforma vivido en Chile el año 2000 significó satisfacer la necesidad de obtener un diagnóstico poblacional acorde a los requerimientos de la ciudadanía, de esta manera también se buscaba evaluar y reformular las políticas sanitarias de esos años y estimar los caminos a seguir por parte de las organizaciones sanitarias del país. En la actualidad el desarrollo de estas encuestas otorga un plus a el desarrollo de proyectos vinculados a las áreas sanitarias, ya que permiten obtener información acertada de la población y con ello continuar con una programación y planificación de estrategias más eficientes. Esta encuesta originalmente posee un total de 13 ítems (presión arterial elevada, dislipidemias, estado nutricional, diabetes mellitus, tabaquismo, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, sedentarismo, síntomas músculo-esqueléticos, función renal, síntomas respiratorios crónicos y deterioro cognitivo del adulto mayor, infección por virus de hepatitis B y C), que fueron previamente estudiados por un amplio equipo de funcionarios de la salud, estos abarcan distintas alteraciones en la salud de los individuos y han ido ingresando más temas conforme a las prioridades de salud a nivel nacional. Actualmente han ingresado como prioridad otros temas (actividad física, consumo de alcohol y problemas relacionados, módulo ampliado de nivel socioeconómico y determinantes psicológicos de la salud, alimentos, patología biliar,

cáncer y su cobertura preventiva) y se estudia que conforme evolucione el estado de salud de la población, serán visibles más cambios en la encuesta (23).

La realización de la segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS 2009-2010) consolida a este instrumento como una importante herramienta para la vigilancia epidemiológica nacional.

- **Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III):** Es una escala creada por Olson, Portner y Lavee, en Minnesota, EEUU, en el año 1985. Su versión original está escrita en inglés. Fue traducida al español por Polaino-Lorente & Martínez Cano en España. Se validó en Chile el año 2003 a cargo de Zegers et al, en Santiago, ya que a nivel nacional no se cuenta con suficientes instrumentos válidos y confiables.

Se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach estandarizado de 0,65 para la escala completa, comparado con los obtenidos por los autores de la escala (0,68), el obtenido en la población chilena se ajusta al de los autores. En todos los casos, los valores son buenos y reflejan una confiabilidad aceptable de la escala.

La escala es auto administrable y está formada por dos partes constituidas por 20 ítems cada una, donde la primera parte evalúa el nivel de cohesión y adaptabilidad de la familia tal como la percibe en ese momento, y la segunda parte evalúa la cohesión de adaptabilidad que el sujeto le gustaría que hubiese en su familia. El instrumento mide dos de las tres dimensiones del Modelo Circumplejo del sistema familiar y marital: cohesión y adaptabilidad familiar. Las respuestas son de tipo Likert, donde se valora “nunca”, “casi nunca”, “algunas veces”, “casi siempre” y “siempre” con 1, 2, 3, 4 y 5 puntos, respectivamente. Está diseñada para idealmente aplicarla a todos los miembros de la familia, mayores de 12 años, ya que pueden responder por si solos. Existe una versión diseñada para matrimonios sin hijos que sustituye la palabra “hijos” por la de “cónyuge” en dos ítems. Para el procedimiento de puntuación, se consideran: los ítems impares a dimensión de cohesión y los ítems pares a dimensión de adaptabilidad. Para el procedimiento de puntuación, se consideran: ítems impares corresponde a dimensión de cohesión e ítems pares corresponde a dimensión de adaptabilidad (11).

Las calificaciones obtenidas se cotejan en las amplitudes de clase de las tablas siguientes:

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

- **Dimensión de comunicación medida con escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV) (11):** Creada en 1991 por Olson. Tiene por objetivo evaluar las tres dimensiones del Modelo Circumplejo y mostrar la relación existente entre ellas en la funcionalidad familiar. Mide cohesión y adaptabilidad, comunicación familiar y satisfacción familiar. La validación en Chile fue realizada por Rivadeneira y López (2017), presentando consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0.895 y 0.854. Esto avala el uso de la escala en el área de la investigación y la intervención familiar (50). Por su parte, la dimensión comunicación se mide en 10 ítems, donde se evalúan aspectos importantes en torno a la comunicación en el sistema familiar, es una escala tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Para interpretar los resultados se utiliza el siguiente baremo:

- Entre 10 a 28 puntos: Muy bajo.
- Entre 29 a 32 puntos: Bajo.
- Entre 33 a 37 puntos: Moderado.
- Entre 38 a 43 puntos: Alto.
- Entre 44 a 50 puntos: Muy alto.

2.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primera instancia se identificó, según previa indagación de antecedentes del CESFAM Violeta Parra, el total de usuarios pertenecientes al PSCV. Posteriormente se seleccionó una

muestra del total de 4.340 usuarios pertenecientes al programa recién mencionado. Se solicitó autorización al Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Herminda Martín para la ejecución de la investigación y la aplicación de los instrumentos detallados anteriormente, y además se solicitó la colaboración al CESFAM, para acordar de manera conjunta los días específicos para llevar a cabo la aplicación de dichas pautas.

Se realizó un entrenamiento previo a los tesisistas por parte de la docente guía en su oficina, para homologar el procedimiento y evitar posibles sesgos. Simulando su aplicación en los usuarios, calculando el tiempo necesario en su aplicación.

Al realizar el trabajo con los usuarios, primeramente, se le otorgó a cada participante un consentimiento informado (ANEXO 9.2), para la aprobación de su contribución en el estudio.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Con el fin de garantizar la adecuación de los aspectos éticos de esta investigación, el proyecto fue presentado al CEC del Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

Los participantes fueron debidamente informados del objetivo general del estudio, de los inconvenientes y de las ventajas que suponga participar en el estudio. Se hizo énfasis en la colaboración voluntaria, en el abandono en el momento deseado y en la confidencialidad y anonimato de los datos recopilados. El consentimiento informado fue firmado por ambas partes, participante y equipo investigador, respetando los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (51).

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Las variables cualitativas (edad y nivel de escolaridad) de este estudio fueron descritas con frecuencia absoluta y porcentaje. El tratamiento de las variables cuantitativas (edad, ingreso económico, número de patologías diagnosticadas, número de fármacos distintos consumidos) se hizo con frecuencia, porcentajes y nivel de confianza con 95% de probabilidad. Se describieron las variables de estudio con frecuencia absoluta y porcentaje,

mientras que para testear las hipótesis del estudio se aplicó pruebas de Chi² y en caso que la evidencia presentara frecuencia esperada menores a 5 en más de un 20% de las celdas, se calculó el p-valor con permutaciones de MonteCarlo (se trabajó con 10.000 permutaciones con un 99% de confianza y se obtuvo un p-valor tal que su límite superior e inferior se encontraba en el 99% de las probabilidades de encontrar el valor exacto). La hipótesis de trabajo se testeó con un nivel de significación de 0,05. Se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 15 (español).

2.11 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se calculó el tamaño de muestra de 114 individuos, tal que satisface un 95% de confianza, 90% de potencia estadística o poder y fue capaz de estimar una correlación de 0,3 según valor estándar, puesto que no se encontraron coeficientes de correlación en estudios similares (52).

$$n \geq \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

n= muestra
 $Z_{1-\alpha/2}$ = nivel de confianza
 $Z_{1-\beta}$ = poder
 r= coeficiente de relación
 ln= logaritmo natural

$$n \geq \left(\frac{1,96 + 1,282}{\frac{1}{2} \left[\ln \left(\frac{1+0,3}{1-0,3} \right) \right]} \right)^2 + 3$$

$$n \geq 112,7$$

$$n \cong 113$$

III. RESULTADOS

De un universo de 4.340 usuarios cardiovasculares menores de 65 años pertenecientes al CESFAM Violeta Parra de Chillán, se estudió a 114 usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1.a Distribución de los participantes del estudio según variables sociodemográficas (*Sigue*).

Variables sociodemográficas	N	%
Edad (años)		
20-34	4	3,5
35-49	30	26,3
50-64	80	70,2
Sexo		
Hombre	25	21,9
Mujer	89	78,1
Escolaridad		
Sin estudio	1	0,9
Básica incompleta	13	11,4
Básica completa	18	15,8
Media incompleta	16	14,0
Media completa	41	36,0
Superior incompleta	2	1,8
Superior completa	23	20,2
Ingreso económico (quintil)		
Quintil I	37	32,5
Quintil II	38	33,3
Quintil III	17	14,9
Quintil IV	18	15,8
Quintil V	4	3,5
Estado civil		
Casado	54	47,4
Conviviente	4	3,5
Separado	12	10,5
Viudo	9	7,9
Soltero	29	25,4
Divorciado	6	5,3

Tabla 1.b Distribución de los participantes del estudio según variables sociodemográficas (Continuación).

Variables sociodemográficas	N	%
Parentesco con jefe de hogar		
Jefe de hogar	63	55,3
Cónyuge o pareja	39	34,2
Hijo/a o hijastro/a	5	4,4
Padre o madre	3	2,6
Nieto/a	1	0,9
Hermano/a	2	1,8
Otro familiar	1	0,9

La tabla 1 describe las características sociodemográficas de la muestra, encontrándose que el 70,2% tiene entre 50 y 64 años; el 78,1% fueron mujeres; el 58% superó la enseñanza media; el 65,8% pertenece al quintil I y quintil II; el 47,4% está casado(a) y el 55,3% es jefe de hogar.

Tabla 2. Distribución de los participantes del estudio según características clínicas.

Características clínicas	N	%
Cantidad de enfermedades cardiovasculares diagnosticadas (número)		
1	39	34,2
2	39	34,2
3	28	24,6
4 o más	8	7,0
Cantidad de fármacos diferentes consumidos al día (número)		
No consume fármacos	3	2,6
1	12	10,5
2	14	12,3
3 o más	85	74,6

En relación a las características clínicas de la muestra (tabla 2), el 34,2% de los participantes del estudio tiene una patología cardiovascular diagnosticada y el mismo porcentaje posee dos de estas patologías. Con respecto a la cantidad de fármacos consumidos al día, el 74,6% consume 3 o más fármacos diferentes en un día común.

Tabla 3. Distribución de los participantes del estudio según estilos de vida asociados a actividad física, consumo de alcohol y tabaco.

Estilos de vida	N	%
Actividad física		
Recomendado	20	17,5
No recomendado	94	82,5
Consumo de alcohol		
No	80	70,2
Si	34	29,8
Consumo de tabaco		
No	97	85,1
Si	17	14,9

La tabla 3 presenta que el 82,5% de los participantes no realiza la actividad física recomendada; el 70,2% no consume alcohol y el 85,1% no fuma.

Tabla 4. Distribución de los participantes del estudio según estilos de vida asociados a la alimentación.

Estilos de vida	n	%
Frecuencia consumo pescados-mariscos		
Recomendado	13	11,4
No recomendado	101	88,6
Frecuencia consumo lácteos		
Recomendado	10	8,8
No recomendado	104	91,2
Consumo de frutas (día/semana)		
Recomendado	64	56,1
No recomendado	50	43,9
Consumo de verduras (día/semana)		
Recomendado	79	69,3
No recomendado	35	30,7
Porciones de frutas más verduras por día		
Recomendado	8	7,0
No recomendado	106	93,0

La tabla 4 muestra que el 88,6% de los participantes del estudio no consume la cantidad recomendada de pescados y mariscos; con respecto al consumo de lácteos el 91,2% tampoco consume la cantidad recomendada. En cuanto al consumo de frutas y verduras, el 56,1% y el 69,3% consume la cantidad recomendada. Con respecto a la cantidad de porciones de frutas y verduras por día, el 93% no consume la cantidad recomendada.

Tabla 5. Distribución de los participantes del estudio según funcionalidad familiar, medido con FACES III (cohesión y adaptabilidad) y FACES IV (comunicación).

Funcionalidad familiar	N	%
FACES III (cohesión y adaptabilidad)		
Familia Balanceada	29	25,4
Familia Rango Medio	57	50,0
Familia Extrema	28	24,6
FACES IV (comunicación)		
Muy bajo	12	10,5
Bajo	4	3,5
Moderado	11	9,6
Alto	19	16,7
Muy alto	68	59,6

La tabla 5 muestra que el 50% de los participantes del estudio pertenece al “rango medio” de funcionalidad familiar en términos de cohesión y adaptabilidad, y el 59,6% pertenece a la clasificación “muy alto” de funcionalidad familiar, en términos de comunicación.

Con el objetivo de identificar asociaciones entre estilos de vida y funcionalidad familiar, se muestran las siguientes correlaciones.

Tabla 6. Asociación entre estilos de vida (actividad física, consumo de alcohol y tabaco) con funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad).

Estilos de vida	Funcionalidad familiar (FACES III)			p-valor
	Balanceada (n=29)	Rango Medio (n=57)	Extrema (n=28)	
Actividad física				0,817
Recomendado	4 (13,8%)	11 (13,3%)	5 (17,5%)	
No recomendado	25 (86,2%)	46 (80,7%)	23 (82,1%)	
Consumo de alcohol				0,702
Sí	10 (34,5%)	15 (26,3%)	9 (32,1%)	
No	19 (65,5%)	42 (73,7%)	19 (67,9%)	
Consumo de tabaco				*0,293
Sí	2 (6,9%)	9 (15,8%)	6 (21,4%)	
No	27 (93,1%)	48 (84,2%)	22 (78,6%)	

La tabla 6 muestra que las variables actividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco no se asociaron de forma significativa con la medición de funcionalidad familiar, en función de cohesión y adaptabilidad.

Tabla 7.a Asociación entre estilos de vida (consumo de pescados-mariscos, lácteos, frutas y verduras) con funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) (*Sigue*).

Estilos de vida	Funcionalidad familiar (FACES III)			p-valor
	Balanceada (n=29)	Rango Medio (n=57)	Extrema (n=28)	
Frecuencia consumo pescados-mariscos				0,366*
Recomendado	4 (13,8%)	8 (14,0%)	1 (3,6%)	
No recomendado	25 (86,2%)	49 (86,0%)	27 (96,4%)	

*Prueba de Chi² (permutaciones de MonteCarlo); † Prueba de Chi²

Tabla 7.b Asociación entre estilos de vida (consumo de pescados-mariscos, lácteos, frutas y verduras) con funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) (Continuación).

Estilos de vida	Funcionalidad familiar (FACES III)			p-valor
	Balanceada (n=29)	Rango Medio (n=57)	Extrema (n=28)	
Frecuencia consumo lácteos				1,000*
Recomendado	3 (10,3%)	5 (8,8%)	2 (7,1%)	
No recomendado	26 (89,7%)	52 (91,2%)	26 (92,9%)	
Consumo de frutas (día/semana)				0,852†
Recomendado	16 (55,2%)	31 (54,4%)	17 (60,7%)	
No recomendado	13 (44,8%)	26 (45,6%)	11 (39,3%)	
Consumo de verduras (día/semana)				0,216†
Recomendado	18 (62,1%)	38 (66,7%)	23 (82,1%)	
No recomendado	11 (37,9%)	19 (33,3%)	5 (17,9%)	
Porciones de frutas más verduras por día				0,017*
Recomendado	0	3 (5,3%)	5 (17,9%)	
No recomendado	29 (100,0%)	54 (94,7%)	23 (82,1%)	

*Prueba de Chi² (permutaciones de MonteCarlo); † Prueba de Chi²

En la tabla 7 se observa que la frecuencia en el consumo de pescados y mariscos, consumo de lácteos, consumo de frutas y verduras (por separado) fueron variables que no se asociaron estadísticamente con la funcionalidad familiar, en función de cohesión y adaptabilidad. Sí se encontró una asociación significativa en relación a las porciones de frutas y verduras consumidas por día; es así como del 100% de los usuarios clasificados con funcionalidad familiar balanceada no mantiene la ingesta recomendada, versus el 5,3 y 17,9% de sujetos con funcionalidad en rango medio y extrema que sí siguen las pautas de la ingesta diaria de porciones recomendada.

Tabla 8. Asociación entre estilos de vida (actividad física, consumo de alcohol y tabaco) con funcionalidad familiar (comunicación).

Estilos de vida	Funcionalidad familiar (FACES IV)					p-valor*
	Muy bajo (n=12)	Bajo (n=4)	Moderado (n=11)	Alto (n=19)	Muy alto (n=68)	
Actividad física						1,000
Recomendado	2 (16,7%)	1 (25,0%)	2 (18,2%)	3 (15,8%)	12 (17,6%)	
No recomendado	10 (83,3%)	3 (75,0%)	9 (81,8%)	16 (84,2%)	56 (82,4%)	
Consumo de alcohol						0,583
Sí	5 (41,7%)	1 (25,0%)	3 (27,3%)	8 (42,1%)	17 (25,0%)	
No	7 (58,3%)	3 (75,0%)	8 (72,7%)	11 (57,9%)	51 (75,0%)	
Consumo de tabaco						0,067
Sí	2 (16,7%)	2 (50,0%)	3 (27,2%)	0	10 (14,7%)	
No	10 (83,3%)	2 (50,0%)	8 (72,7%)	19 (100%)	58 (85,3%)	

*Prueba de Chi² (permutaciones de MonteCarlo)

La tabla 8 muestra que las variables actividad física, consumo de alcohol y tabaco (por separado) no se asociaron estadísticamente con funcionalidad familiar, en términos de comunicación.

Tabla 9. Asociación entre estilos de vida (consumo de pescados-mariscos, lácteos, frutas y verduras) con funcionalidad familiar (comunicación)

Estilos de vida	Funcionalidad familiar (FACES IV)					p-valor*
	Muy bajo (n=12)	Bajo (n=4)	Moderado (n=11)	Alto (n=19)	Muy alto (n=68)	
Frecuencia consumo pescados-mariscos						0,089
Recomendado	0	2 (50,0%)	1 (9,1%)	3 (15,8%)	7 (10,3%)	
No recomendado	12 (100,0%)	2 (50,0%)	10 (90,9%)	16 (84,2%)	61 (89,7%)	
Frecuencia consumo lácteos						0,716
Recomendado	1 (8,3%)	0	0	1 (5,3%)	8 (11,8%)	
No recomendado	11 (91,7%)	4 (100,0%)	11 (100,0%)	18 (94,7%)	60 (88,2%)	
Consumo de frutas (día/semana)						0,014
Recomendado	5 (41,7%)	2 (50,0%)	4 (36,4%)	17 (89,5%)	36 (52,9%)	
No recomendado	7 (58,3%)	2 (50,0%)	7 (63,6%)	2 (10,5%)	32 (47,1%)	
Consumo de verduras (día/semana)						0,077
Recomendado	6 (50,0%)	4 (100,0%)	7 (63,6%)	10 (52,6%)	52 (76,5%)	
No recomendado	6 (50,0%)	0	4 (36,4%)	9 (47,4%)	16 (23,5%)	
Porciones de frutas más verduras por día						1,000
Recomendado	1 (8,3%)	0	1 (9,1%)	1 (5,3%)	5 (7,4%)	
No recomendado	11 (91,7%)	4 (100,0%)	10 (90,9%)	18 (94,7%)	63 (92,6%)	

*Prueba de Chi2 (permutaciones de MonteCarlo)

La tabla 9 muestra que las variables frecuencia de consumo de pescados y mariscos, lácteos, consumo de verduras y porciones de frutas-verduras (en conjunto) consumidas por día, no se asociaron estadísticamente con funcionalidad familiar, en función de la comunicación. Al relacionar el consumo de frutas por día con la funcionalidad familiar se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p= 0,014$), dado que el 89,5 y 52,9% de los participantes clasificados con alta y muy alta comunicación presentaron una ingesta de frutas recomendada, mientras que el 58,3, 50,0 y 63,6% de los sujetos con muy baja, baja y moderada comunicación no siguieron las recomendaciones de ingesta.

IV. DISCUSIÓN

Con respecto a las características de la muestra se puede mencionar que predomina el sexo mujer, el rango etario de 50 a 64 años, con estudios medios o superior completo, a diferencia del estudio realizado por Zambrano (2016), en el que la mayoría de los participantes tenía estudios básicos (53).

En relación a las patologías cardiovasculares, un 34,2 % es portador de una patología cardiovascular diagnosticada, resultado discordante con Zambrano (2012), donde muestra que el 86% de la población tiene una patología cardiovascular (54).

Con respecto al número de fármacos consumidos por los individuos de la muestra, un 74,6% consumía 3 o más fármacos diferentes por día, esto difiere de las estadísticas nacionales, donde según CENAFAR (2013) la prevalencia de polifarmacia fue estimada en 8,2% (55).

El 82,5% de los participantes del estudio no realizan la actividad física recomendada por el Ministerio de Salud, cifra que es concordante con una investigación realizada por Serón (2010), el cual estudió el nivel de actividad física en población general con un promedio de edad de 52 años y se observó que el 84,4% de los participantes tenía un nivel de actividad física moderado o bajo (56). En otro estudio, realizado por Bustos (2003) en población joven con una media de edad de 24 años, el 38,3% no realiza la actividad física suficiente (57). Lo que podría reflejar que, si no se han adoptado hábitos de actividad física a temprana edad, difícilmente se irán adoptando con el transcurso de los años. Además, podemos observar que los resultados son concordantes con la ENS 2016-2017, donde el 86,7% de la población chilena es sedentaria (23).

El 29,8% de los sujetos estudiados declaró consumir alcohol durante los últimos 12 meses, no haciéndose una clasificación del riesgo del consumo. Cifra que resulta ser considerablemente menor al 63,9% expuesto en el Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (ENPG, 2016). Esto podría asociarse a la educación

recibida durante los controles de salud, en los cuales se les señala a los usuarios lo perjudicial del consumo de alcohol (58).

Con respecto al consumo de tabaco, se observa que el 14,9% de los usuarios declaran ser fumadores. Cifra discrepante con el 33,3% que resulta de la ENS 2016-2017. Además, es discordante con Ruiz, que realizó estudios en España (2014) donde obtuvo un 34,6% de población fumadora, y en México (2015) con 22% de población fumadora (23) (49) (59).

Se puede observar que, respecto a la alimentación, la recomendación del Ministerio de Salud que más siguen los usuarios es la frecuencia con que se consume las verduras y frutas, mostrando un 69,3 y 56,1% respectivamente. Sin embargo, la situación cambia cuando se trata de las 5 porciones recomendadas diariamente, puesto que solo el 7% de las personas sigue las recomendaciones. Resultado discordante con la ENS 2016-2017, ya que ésta presenta que un 15% de la población chilena tiene el hábito alimenticio recomendado en cuanto a porciones de frutas más verduras diarias. Además, se puede apreciar que los usuarios cardiovasculares siguen en menor medida las recomendaciones que se les otorga en los controles de salud, comparado con el resto de personas sanas. Con respecto al consumo de pescados y mariscos, el 11,4% de los participantes del estudio consumen la recomendación ministerial de al menos dos veces a la semana, acercándose a lo que presenta la ENS 2016-2017, donde se observa que el 9,2% de la población chilena sigue las recomendaciones ministeriales. Los usuarios cardiovasculares están por sobre la media país, en cuanto a lo mencionado, siendo un aspecto positivo para el mejoramiento de la dieta alimentaria en quienes más lo requieren (23).

En cuanto a lácteos, solo el 8,8% de los encuestados consume lo recomendado por las políticas chilenas de salud, una cifra baja comparada con los beneficios que traen estos productos. Esto concuerda con el estudio realizado por la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (2012), donde menos del 5% de la población se alimenta con productos lácteos. Se puede observar que los participantes del estudio están por sobre la media de consumo, siendo un aspecto positivo para el mantenimiento de la salud (60).

La asociación entre la actividad física y la funcionalidad familiar no fue significativa. No se encontraron estudios a nivel nacional o internacional que realizaran esta relación, por lo que no fue posible realizar una comparativa.

En relación al consumo de alcohol y la funcionalidad familiar, no se obtuvo asociación estadística. Resultado que es concordante con Sancho (2017), estudio realizado en población general, donde tampoco se encontró asociación significativa entre dichas variables (61).

Con respecto al consumo de tabaco y la funcionalidad familiar no se observa asociación estadística, resultado discordante con Delgado (2015), quien estudió a una población de jóvenes fumadores de 20 años en promedio y que muestra una correlación positiva (Correlación de Pearson, $r=0,003$) entre estas variables (62).

Se pudo observar que la asociación entre los diferentes tipos de alimentos y su clasificación en recomendado y no recomendado no tiene una asociación significativa con la funcionalidad familiar, sin embargo, el consumo de frutas a la semana, y el consumo de porciones de frutas más verduras al día si se asocian significativamente con la funcionalidad familiar. Las familias que mostraron mayor porcentaje de estándares de seguimiento de recomendaciones de alimentación son las extremas, a diferencia de las balanceadas donde no cumplían con las recomendaciones, probablemente porque las familias extremas son más rígidas y estructuradas. Por su parte el consumo de frutas por semana se asocia significativamente con una muy alta comunicación. Lo que se contrapone con el estudio realizado Gonzales (2017), donde se indica que las familias disfuncionales tienen 14 veces más probabilidad de mantener conductas alimentarias deficientes (63).

Considerando los resultados discutidos, se rechaza hipótesis planteada en la investigación, siendo relevante ahondar en un futuro en la misma área de estudio, considerando otros factores que puedan modificar los resultados a favor de una eventual relación positiva entre estilo de vida y funcionalidad familiar.

V. LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación entregan a la disciplina de la Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, información que puede sustentar futuras investigaciones, específicamente en temáticas de funcionalidad familiar en usuarios pertenecientes al programa cardiovascular. Sin embargo, se debe tener algunas consideraciones futuras.

En primer lugar, la vinculación entre estilo de vida y funcionalidad familiar es una relación poco estudiada a nivel nacional, por lo tanto, la información es limitada y el acceso a documentos científicos es restringido.

Otro aspecto a considerar en esta investigación, fue el retraso en la aplicación en terreno producto de la demora en la aceptación de solicitud al Comité Ético Científico.

Además, durante la recolección de datos, se utilizaron instrumentos auto aplicables con datos aportados no verificables.

Finalmente, durante la aplicación de encuestas se estaba expuesto a que los usuarios no completaran las pautas por el tiempo limitado del que disponían previo o posterior a sus controles.

VI. SUGERENCIAS

Como sugerencias al presente estudio se enfatiza en la necesidad de añadir un apartado al cuestionario de estilos de vida donde se incluya la condición de “fumador pasivo”, ya que estudios encontrados durante la investigación apoyan la idea de que los efectos del tabaco de manera pasiva resultan importantes e igualmente negativos que, en un consumidor activo, ya sea habitual u ocasional.

Por otra parte, se propone incluir dentro del ámbito alimentación, el consumo de agua por parte de los participantes del estudio, puesto que es el elemento vital y más importante en la dieta de cualquier persona durante su ciclo vital.

Además, se sugiere ahondar en el análisis por sexo según las variables dispuestas en el estudio, ya que las diferencias de estilos de vida y percepción de funcionalidad en la familia podría estar ligada a la visión de funcionalidad que tengan hombres y mujeres de manera independiente.

Por otro lado, en el área asistencial y educativa de enfermería, se sugiere realizar con mayor frecuencia estas investigaciones, por su impacto y relevancia al determinar el enfoque de atención en salud, especialmente por el profesional de enfermería del área comunitaria.

Finalmente, se cree necesario sugerir la inclusión del aspecto socioeconómico como parte relevante al considerar los estilos de vida, ya que podría influir en las posibilidades de acceder a alimentos de mejor calidad nutricional, en el tiempo libre para ejecución de actividad física, posibilidad de acceder a gimnasios, etc.

VII. CONCLUSIÓN

La muestra reveló el predominio del sexo mujer (78,1%), en un rango etario de 50-64 años (70,2%), casados (47,4%), jefe de hogar (55,3%) y con estudios medios completos (36,0%). A la vez, el 68,4% posee dos o menos patologías cardiovasculares y 74,6% consume tres o más fármacos.

Con respecto a las características clínicas consideradas en el estudio, el 74,6% de la muestra presenta polifarmacia, esto puede estar asociado al tratamiento farmacológico propio de las patologías crónicas en los usuarios, los cuales presentaron 2 o más patologías, en un 65.8%.

En relación a los estilos de vida estudiados en los usuarios cardiovasculares menores de 65 años, se concluye que en la muestra existe un importante porcentaje que no realiza la actividad física recomendada (82,5%), un porcentaje no menor reveló ser consumidora de alcohol (29,8%) y consumidora de tabaco (14,9%), además de no tener un consumo recomendado de pescados y mariscos (88,6%) ni lácteos (91,2%). Por otra parte, la muestra presenta alto porcentaje en la frecuencia de consumo de frutas y verduras (56,1% y 69,3%), sin embargo, la gran parte de la muestra no ingiere las porciones de frutas y verduras diarias recomendadas (93%). Por estos antecedentes, es que se debe reforzar la educación en hábitos saludables, resaltando su importancia y ajustándola a realidad de los usuarios.

La funcionalidad familiar evaluada por medio de FACES III concluyó que, en términos de cohesión y adaptabilidad, la mayoría las familias de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años se clasifican en “rango medio”, y según FACES IV, las familias se clasifican mayoritariamente con una comunicación “muy alta” (59,6%).

Al considerar el estilo de vida de los usuarios cardiovasculares menores de 65 años se concluye que no existe relación significativa que sustente su influencia directa en la funcionalidad familiar.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [sede web]. Enero 2015. [Acceso 02 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
2. Ministerio de salud. Guía clínica de Diabetes mellitus tipo 2. Chile; Enero 2010.
3. Organización mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Sede web]. Septiembre 2015. [acceso 03 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>.
4. Ministerio de salud. Normas técnicas, Dislipidemias. Chile; 2000.
5. Zhunaula S. Funcionalidad familiar en el control de pacientes diabéticos tipo dos con retinopatía. Portales médicos. [Internet] 2017. [Acceso: 03 octubre 2017]. ISSN.; n° 1886-8924. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funcionalidad-familiar-diabeticos-retinopatia/2/>.
6. Sobre la declaración universal de derechos humanos. Asamblea general resolución 217 A (III) del 10 de diciembre 1948.
7. Hernández L, Cargill N, Gutiérrez G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta. Redalyc [revista en Internet] 2011. [Acceso: 24 mayo 2018]; 18 (1): [12]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>
8. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de salud pública. [Internet] 2011. [Acceso: 03 octubre 2017]. 37(4):488-499. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>.
9. Who.int, Campaña del Día Mundial de la Salud 2012 [Sede web]. Ginebra: Who.int; 2012. [Acceso 11 de Octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>.
10. Who.int, Determinantes sociales de la salud [Sede web]. Ginebra: Who.it; 2008. [Acceso 11 de Octubre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.

11. Montero L, Dois M. Manual de Atención de Familia para Profesionales de la Salud. Primera edición. Santiago: Ediciones UC; 2012.
12. Schmidt V, Barreyro J y Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Psychological Writings [Internet]. Abril, 2010 [Acceso 19 de Junio 2018]; 3(2): 30-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es .
13. Promoción de la salud. Lanzan campañas de salud femenina. [Sede web] 2016. [Acceso 11 de Octubre 2017]. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=19469>.
14. Institución de nutrición y tecnología de los alimentos. ¿Qué significa tener una alimentación saludable? [Sede web]. Santiago de Chile, Macul. [Acceso: 04 octubre 2017]. Disponible en: <https://inta.cl/es/1-que-significa-tener-una-alimentacion-saludable>.
15. Ley 20.606 del 13 de noviembre del 2015. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570&idParte=0>.
16. Sobre publicidad de los alimentos. Ley 20.869 del 13 noviembre del 2015. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1083792&idParte=0> .
17. Fija directrices nutricionales sobre uso de vitaminas y minerales en alimentos. Resolución 393 del 15 noviembre 2008. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=194952&idParte=0> .
18. Fija directrices nutricionales sobre suplementos alimentarios y sus contenidos en vitaminas y minerales. Resolución 394 del 15 enero 2005. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=194953&idParte=0> .
19. Los chilenos y la alimentación. Adimark [Internet]16 octubre 2015 [Acceso 30 abril 2018]. Disponible en: http://www.adimark.cl/es/estudios/documentos/gfk%20adimark_chilenos%20y%20alimentaci%C3%B3n.pdf .
20. García M, Pardío, J, Arroyo P, Fernández V. Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas [en línea] 2008, XIV (junio,

- 2017) : [Acceso: 4 de diciembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31602702> .
21. Sociedad Española de aterosclerosis. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras [monografía en Internet]. Primera edición. España: Visto Bueno Equipo Creativo, S.L. 2007 [Acceso: 27 de abril 2018]. <http://se-arteriosclerosis.org/assets/informe-sea-2007.pdf> (Página 72)
 22. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Sede web] [Acceso: 14 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.
 23. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2009. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Tomo II, Volumen V: Resultados; 2016-2017. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
 24. Instituto Nacional del Tórax. Aprende a cuidar tu corazón [sede Web]. Chile: Instituto Nacional del Tórax.; 25 octubre 2017. [Acceso: 15 junio 2018]. Disponible en: <http://www.torax.cl/aprende-a-cuidar-tu-corazon/>
 25. Ruiz-Juan, Francisco; Piéron, Maurice; Baena-Extremera, Antonio. Socialización de la actividad físico-deportiva en adultos: relación con familia, pareja y amigos. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica [en línea] 2012, 2 [Acceso: 02 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645438002>
 26. Healy G, Owen N. Conducta sedentaria y biomarcadores del riesgo cardiometabólico en adolescentes: un problema científico y de salud pública emergente. Revista Española Cardiología. 2010; 63: 261-4. [Acceso 15 junio 2018]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/sedentary-behaviour-and-biomarkers-of/articulo/13147692/>.
 27. García L, Grandes G, Sánchez Á, Montoya I, Iglesias J, Recio J, et al. Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. Rev Esp Cardiol. 2010; 63: 1244. [Acceso 15 de Junio]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893210702943>.

28. BBC. Safe. Sensible. Social. [Sede web]. London. Junio 2017. [Acceso: 27 noviembre 2017]. Disponible en: http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/5_6_07_alcoholsurvey.pdf.
29. Ministerio de salud. Chilenos casi triplican el nivel de consumo de alcohol considerado peligroso por la OMS. [Sede web] Santiago, Chile. 30 de junio de 2016. [Acceso: 04 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/chilenos-casi-triplican-el-nivel-de-consumo-de-alcohol-considerado-peligroso-por-la-oms/7/>.
30. Elsevier. Efectos del alcohol sobre la fisiología humana. [sede Web]. España: Elsevier; 2012. [Acceso: 15 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/conecta/medicina/efectos-del-alcohol-sobre-la-fisiologia-humana>.
31. Alonso M, Yañez Á, Armendáriz N. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Salud y drogas [Internet] 2017, 17 [Acceso: 04 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782009>
32. Trujillo T, Vázquez E, Córdova J. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. ScienceDirect. [en línea] 2016. [Fecha de consulta: 02 de noviembre 2017] Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S140588711630133X/1-s2.0-S140588711630133X-main.pdf?tid=01ec03aa-dc8f-11e7-965d-00000aacb362&acdnat=1512789423_748cfe1df49a2467467af76a27f063dd.
33. RAE.es. Fumador. [Sede web]. Madrid, España: RAE.es; [Acceso de consulta 28 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=lanWHxS>.
34. Programa Nacional de Control del Tabaco. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [20 noviembre 2017; 15 junio 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/105-articulo-02>.
35. Lanaz F, Serón P. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. Revista médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 [acceso 30 mayo 2018]; 23(6): [699-705]. Disponible en:

https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/noviembre/tabagismo-9.pdf.

36. PortalAlemana.cl, Factores de riesgo cardiovasculares [Internet]. Chile: PortalAlemana.cl; [Fecha de acceso 09 de julio de 2018]. Disponible en: <https://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/otrossitios/corazon+de+mujer/factores+de+riesgo/factores+de+riesgo>
37. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Revista en línea]. 2010, 15 Enero-Junio [Fecha de consulta: 9 de julio de 2018]; 15 (1) [Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>]
38. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria [revista en Internet]. 2011 octubre-diciembre. [Fecha de consulta: 9 de julio de 2018]; 8 (4) [Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf>]
39. Raile Alligood, Martha. Modelo y teorías en enfermería. 8ª Edición. Barcelona, España: ELSEVIER; 2015.
40. Revista enfermería Castillo y León. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet] 2010. [Acceso 30 mayo 2018]; 2 (2): [68/26]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/51/39>.
41. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. [Sede web] Santiago, Chile. [Acceso: 15 noviembre 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
42. Escobar Alegría L. Superintendente de Salud. Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE. Chile: Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud; 2013.

43. Serviciodesaludnuble.cl. Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario [sede Web]. Chillán: Serviciodesaludnuble.cl; [Fecha de consulta: 9 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/modelo-integral/>
44. Redcronicas.cl. Salud Cardiovascular – Riesgo y Prevención [sede Web]. Chile: redcronicas.cl; [Fecha de consulta: 9 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.redcronicas.cl/programa-de-salud-cardiovascular/>
45. Palomar J. Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. Revista salud mental. [en línea]. 1999, Vol. 22, Núm. 6. [Acceso: 02 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/770/7694.
46. Ramirez M, De Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Revista Latino-Am. Enfermagem [en línea]. 2005, Vol.13, pp.813-818. [Acceso: 02 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700008>.
47. Forero I, Siabato E, Salamanca Y. Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [en línea] 2016, 15 (1), pp. 431-442. [Acceso: 02 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2974/806>.
48. Trujillo T, Vázquez E, Córdova J. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. Science Direct. [Internet] Rev. Méd. 2016. La Paz. Vol.22. Nº2. [Acceso: 02 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630133X>.
49. Ruiz-Juan F, Folgar M, Ruiz-Risueño J, Vaquero-Cristóbal R. Consumo de tabaco en adultos el sureste español y su relación con la actividad físico-deportiva y familia. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF) [En Línea]. 2014, nº26, pp. 27-33. [Acceso: 02 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3457/345732292005.pdf>

50. Rivadeneira J, López MA. Escala de comunicación familiar: validación en población adulta chilena. Acta Colombiana de Psicología [revista en Internet] 2017 [fecha de consulta 09 julio de 2018]; 20(2), [127-137]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n2/0123-9155-acp-20-02-00127.pdf>
51. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The Jama Network. [Internet]. 27 noviembre 2013. [Acceso: 16 de noviembre de 2017]. 310(20):2191-2194. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>.
52. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ª ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2010.
53. Zambrano D, Loor J. Protocolo de disertación previa a la obtención del título de especialista en medicina familiar y comunitaria [tesis doctoral]. Santo Domingo, Ecuador: Pontificia universidad Católica del Ecuador; 2016. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12858/TESISDRLOORYZAMBRA NO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12858/TESISDRLOORYZAMBRA%20NO.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
54. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. [Internet] 2012. [Acceso: 20 de junio 2018]. 30(2): 163-174. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918005.pdf>.
55. Instituto de Salud Pública. Medicamentos en Chile: Revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos. Chile: CENAFAR; 2013.
56. Serón P, Muñoz S, Lanús F. Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población Chilena. Rev Med Chile [Internet] 2010. [Acceso: 26 de junio 2018]. 138: 1232-1239. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010001100004&script=sci_arttext
57. Bustos P, Amigo G, Arteaga A, Acosta A, Rona R. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev Med Chile [Internet] 2003. [Acceso 26 de junio

- 2018]. 131: 973-980. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900002&script=sci_arttext
58. Observatorio Chileno de Drogas. Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2016. Chile: SENDA; 2017.
59. Ruiz-Juan, F, Isorna-Folgar, M, Ruiz-Risueño, J, Vaquero-Cristóbal, R. Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2015;32(2):808-816. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309243317043>
60. Oficina de estudios y políticas agrarias. Consumo aparente de principales alimentos en Chile. Chile; 2012
61. Sancho S, Maigua A. Actividad física y funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes de la unidad educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo. [tesis doctoral]. Quito, Ecuador 2017. (<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12715/ANDRES%20MAIGUA%20-%20%20SILVIA%20SANCHO%20-%20copia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
62. Delgado E, Del Campo V. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. *Rev Med MD* [Internet] 2015. [Acceso 26 de junio 2018]. 6(4):253-257pp. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154g.pdf>
63. Gonzales Landa M. Funcionalidad familiar asociada con los hábitos alimentarios en pacientes mayores de 18 años de edad perteneciente a la UMF#11 IMSS delegación Aguas Calientes [tesis doctoral]. Aguas Calientes; 2017. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1302/417748.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
64. RAE. Edad. [Sede web]. Madrid, España: RAE.es; [Acceso: 18 octubre 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
65. RAE. Sexo. [Sede web]. Madrid, España: RAE.es; [Acceso de consulta: 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>.

66. RAE.es. Escolaridad. [Sede web]. Madrid, España: RAE.es; [Acceso: 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GGo9EjU>.
67. Distribuciondelingreso.com, Ingreso, [Sede web]. Marzo 2016, [Acceso: 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://distribuciondelingreso.wordpress.com/2016/03/26/ingreso/>.
68. EnciclopediaSalud.com, Comorbilidad, [Sede web]. Julio 2016, [Acceso: 18 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/>.
69. Gac H. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Revista médica clínica Las Condes [Internet], 2012, [Acceso: 23 de octubre de 2017]. 23(1) 31-35. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Polifarmacia-6.pdf.
70. Chile Vive Sano. Beneficios de la actividad física [sede Web]. Chile: Chile Vive Sano; 14 abril 2015. [Acceso: 15 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.chilevivesano.cl/noticias/beneficios-de-la-actividad-fisica>.
71. Organización mundial de la salud. Alcohol. [Sede web] Enero 2015. [Acceso: 19 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
72. FAO.org. Glosario de términos. [Sede web]. FAO.org. [Acceso: 02 de noviembre 2017] Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>.
73. Ministerio de Salud. Guías alimentarias para la población chilena. Chile: MINSAL; 2013.

IX. ANEXOS

9.1 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL/NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO RECOLECTOR
Edad	“Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales” (64).	Edad en años.	Cuestionario sociodemográfico
Sexo	“Condición orgánica masculina o femenina, de los animales y las plantas” (65).	Hombre. Mujer.	Cuestionario sociodemográfico
Nivel de escolaridad	“Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente” (66).	Sin estudio. Básico incompleta. Básica completa. Media incompleta. Media completa. Superior incompleta. Superior completa.	Cuestionario sociodemográfico
Ingreso económico	“Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a	Quintil I (\$0 - \$74.969).	Cuestionario sociodemográfico

	<p>todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc.” (67).</p>	<p>Quintil II (\$74.970 – \$125.558).</p> <p>Quintil III (\$125.559 – \$193.104).</p> <p>Quintil IV (\$193.105 – \$352.743).</p> <p>Quintil V (\$352.744 – { }).</p>	
<p>Número de patologías crónicas diagnosticadas</p>	<p>“Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas” (68).</p>	<p>1_</p> <p>2_</p> <p>3_</p> <p>4 o más .</p>	<p>Cuestionario sociodemográfico</p>
<p>Polifarmacia</p>	<p>“Consumo concomitante de 3 o más fármacos de manera habitual” (69).</p>	<p>No consume fármacos.</p> <p>1_</p> <p>2_</p> <p>3 o más.</p>	<p>Cuestionario sociodemográfico</p>
<p>Actividad física</p>	<p>“Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos</p>	<p>Recomendada.</p> <p>No recomendada.</p> <p>(22)</p>	<p>ENS – Modulo IV</p>

	que exija gasto de energía” (70).		
Consumo de Alcohol	“Autoadministración de alcohol” (71).	Sin consumo. Con consumo.	Cuestionario sociodemográfico
Consumo de Tabaco	“La persona que tiene costumbre de fumar” (33).	Sin consumo. Consumo.	Cuestionario sociodemográfico
Estilo de alimentación	“Mezcla de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo consume” (72) (73).	Recomendada. No recomendada.	ENS – XII.
Funcionalidad familiar	La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional	Según puntaje obtenido: Cohesión: <ul style="list-style-type: none"> - Disgregada o no relacionada (10 a 35 puntos). - Semirrelacionada (36 a 40 puntos). - Relacionada (41 a 46 puntos). - Aglutinada (47 a 50 puntos). 	Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III).

	<p>es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (11).</p>	<p>Adaptabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rígida (10 a 19 puntos). - Estructurada (20 a 23 puntos). - Flexible (24 a 29 puntos). - Caótica (30 a 50 puntos). <p>De acuerdo a categorización por puntajes obtenidos en cohesión y adaptabilidad, se concluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia Balanceada - Familia Rango Medio - Familia Extrema 	
<p>Funcionalidad familiar</p>	<p>La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una</p>	<p>Según puntaje obtenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy bajo (10 a 28 puntos). - Bajo (29 a 32 puntos). - Moderado (33 a 37 puntos). 	<p>Dimensión de comunicación medida con escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad</p>

	familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (11).	<ul style="list-style-type: none">- Alto (38 a 43 puntos).- Muy alto (44 a 50 puntos).	familiar (FACES IV).
--	--	---	----------------------

9.2 CARTAS DE AUTORIZACIÓN DE DIRECTORA ESCUELA A INSTITUCIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Quienes suscriben, (Camila Andrade Rivas, Rut: 19.072.828-5; Alejandra Crisóstomo Villanueva, Rut: 19.073.666-0; Noelia Figueroa Zapata, Rut: 19.251.019-8; Rodrigo Molina, Rut: 18.489.876-4), estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: **“Estilo de vida relacionado con la funcionalidad familiar en usuarios cardiovasculares menores de 65 años, pertenecientes al CESFAM Violeta Parra de Chillán”**, siendo dirigida por la académica E.U. Mg. Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es evaluar la relación entre estilo de vida y funcionalidad familiar en los participantes del estudio.

Su participación consiste en contestar cuestionarios sobre: **características sociodemográficas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, nivel de actividad física, hábitos alimenticios, funcionalidad familiar**. Es muy importante que conteste estos (seis cuestionarios) cuestionarios por una sola vez. Esto le tomara aproximadamente **15** minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información será sólo utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Ningún informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

Participar en este estudio de investigación depende de usted. Puede decidir no participar o abandonar el estudio en el momento que usted lo decida, incluso posterior al inicio del

estudio. Por ello, NO recibirá ninguna penalización ni perderá los beneficios de salud que recibe actualmente ni los que tengan derecho a recibir.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica E.U. Mg. Aurora Henríquez Melgarejo:

Teléfono: 42 246 3081

Correo: ahenriquez@ubiobio.cl

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Para cualquier reclamo o consulta relacionada con la investigación en la cual usted participa, usted se puede dirigir al Doctor Carlos Escudero Orozco, Presidente del Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín.

Teléfono: (+56 2) 2528138. Anexo 428138.

Correo: carlos.escudero.o@redsalud.gob.cl

Web: <http://hospitaldechillan.cl/web/comite-etico-cientifico/>

Les saluda atentamente,

Camila Andrade Rivas, Alejandra Crisóstomo Villanueva, Noelia Figueroa Zapata y Rodrigo Molina del Valle.



ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Enfermería sobre **“ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CARDIOVASCULARES MENORES DE 65 AÑOS”** He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y firma de la persona que
obtiene el consentimiento

Nombre y firma del académico

Nombre y firma del presidente
del comité de ética HCHM

Chillán, ___/___/2018

9.3 ESCALAS, CUESTIONARIO, INVENTARIOS, ENCUESTAS, ETC.

Durante la investigación se utilizaron distintas herramientas e instrumentos que sirven para recolectar datos de los participantes para el posterior análisis. Cabe mencionar que éstos formularios están validados, por tanto, la información revelada y extraída, se considera fidedigna.

a) **CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE ESTILO DE VIDA (CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO)**

Estimado usuario, a continuación, se presentará una ficha de datos, cuya finalidad es recopilar y conocer sus antecedentes personales y de salud, los cuales serán útiles para la investigación a realizar. La información recopilada en este documento es de forma anónima y se mantendrá de manera confidencial. Para responder esta ficha debe marcar con una X dentro del cuadro señalando cuál es su estado o patología pertinente.

1. SEXO:

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

2. EDAD:

<input type="text"/>

3. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL?

Casado (A)	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>
Separado (A)	<input type="checkbox"/>
Viudo (A)	<input type="checkbox"/>
Soltero (A)	<input type="checkbox"/>
Divorciado (A)	<input type="checkbox"/>

4. ¿CUÁL ES SU PARENTEZCO CON EL JEFE DE HOGAR?

Jefe (a) de hogar	
Cónyuge o pareja	
Hijo (a), hijastro (a)	
Padre o Madre	
Suegro (a)	
Yerno o nuera	
Nieto (a)	
Hermano (a)	
Cuñado (a)	
Abuelo (a)	
Otro familiar	
No familiar	

5. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO CURSO QUE APROBÓ?

6. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU HOGAR, INCLUYENDOSE USTED?

7. ¿CUÁL ES EL INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE SU FAMILIA?

8. ¿USTED PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

Diabetes	
Hipertensión Arterial	
Dislipidemia	

Otras, ¿Cuál?	
---------------	--

9. ¿CUÁNTOS FÁRMACOS USTED CONSUME EN UN DÍA HABITUAL?

1 Medicamento Diario	
2 Medicamentos Diferentes Diarios	
3 O Más Medicamentos Diferentes Diarios	

10. USTED EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL?

Si	
No	

11. ¿USTED CONSUME TABACO (NICOTINA)?

Si	
No	



b) ACTIVIDAD FÍSICA.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MÓDULO IV – PREGUNTA 17

¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?

1. Sí, tres o más veces por semana.
2. Sí, una a dos veces por semana.
3. Sí, menos de cuatro veces en el mes.
4. No practicó deporte en el mes.



**c) ESTILO DE ALIMENTACION.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MÓDULO XII.**

1. ¿Con qué frecuencia come pescado o mariscos (cualquier tipo de preparación o presentación) ?:

1. Más de una vez a la semana
2. 1 vez a la semana
3. Menos de 3 veces al mes
4. Menos de 1 vez al mes o nunca

2. ¿Con qué frecuencia consume leche, queso, quesillo, yogurt, postres de leche, mantequilla o margarina con leche?

1. Tres o más veces al día
2. Menos de tres veces al día
3. Una vez al día
4. Día por medio
5. Al menos una vez por semana
6. Al menos una vez por mes
7. Nunca

3. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. frutas?

N° de días:

4. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?

N° de porciones:

5. En una semana típica, ¿Cuántos días come Ud. verduras, hortalizas o ensaladas de verduras? (No considerar papas ni legumbres)

N° de días:

6. ¿Cuántas porciones de verduras u hortalizas o ensaladas de verduras come en uno de esos días? No considerar papas ni legumbres

N° de porciones	
-----------------	--

7. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de cereal integral como pan integral, cereal integral o alimentos que contengan harinas integrales?

1. Más de una vez por día
2. A diario
3. Día por medio
4. Al menos una vez por semana
5. Al menos una vez por mes
6. Nunca



d) ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR, FACES III

Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar

Para cada enunciado, marque con una X la casilla que más le identifique, en base al siguiente cuadro:

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.					
8. La familia cambia de modo de hacer las cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					

11. Nos sentimos muy unidos.					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14. En nuestra familia las reglas cambian.					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					



**e) ESCALA DE EVALUACION DE LA
COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR, FACES IV**

Dimensión de comunicación medida con escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar

MUY EN DESACURDO	GENERALMENTE EN DESACUERDO	INDECISO	GENERALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1	2	3	4	5

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Los miembros de la familia se sienten satisfechos por cómo se comunican entre ellos.					
2. Los miembros de la familia son muy buenos oyentes.					
3. Los integrantes de la familia expresan afecto el uno al otro.					
4. Los miembros de la familia son capaces de preguntarse unos a otros lo que quieren.					
5. Los miembros de la familia pueden discutir con calma los problemas entre ellos.					
6. Los integrantes de la familia hablan de sus ideas y creencias con los demás.					
7. Cuando se hacen preguntas entre la familia, se obtienen respuestas honestas.					
8. Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de los demás integrantes.					

9. Los integrantes de la familia, rara vez dicen cosas negativas de los otros miembros de la familia.					
10. Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos el uno al otro.					