

ASOCIACIÓN ENTRE SALUD FAMILIAR, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIONES ESPECIALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DE CARTAGENA (COLOMBIA)

SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS¹, CESAR HERRERA ZARATE²,
MARIAM MARTÍNEZ REDONDO³, ARLETH HERNÁNDEZ ÁLVAREZ⁴

Recibido para publicación: 07-09-2017 - Versión corregida: 16-10-2017 - Aprobado para publicación: 29-10-2017

Resumen

Objetivo: *estimar asociación entre salud familiar, características sociodemográficas y condiciones especiales en pacientes atendidos en una clínica en Cartagena (Colombia).* **Materiales y métodos:** *estudio analítico de corte transversal, en 150 pacientes de la Clínica del Adulto Especial, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, 2011-2015. Se diseñó y aplicó cuestionario para indagar variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad), prevalencia de condiciones especiales y salud familiar (tipo de familia, presencia de recursos extra familiares [ecomapa] y funcionalidad familiar [APGAR Familiar]). Se realizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes), estimación de asociaciones a través de OR y regresión logística nominal con intervalos de confianza del 95 %.* **Resultados:** *el modelo multivariado que mejor explica la salud familiar en pacientes con condiciones especiales corresponde a: 1) el Vivir en familias no nucleares: Muerte de menor de 5 años en el último año (OR=10,97; IC 95%= 3,34-36,01), consumo de alcohol/drogas (OR= 7,95; IC 95%= 2,54-24,87), cirugías y tratamientos médicos sin resolver (OR= 3,31; IC 95%= 1,01-10,89), 2) Familias sin recursos extrafamiliar: tener más de 60 años (OR= 0,20; IC 95 %:0,090-0,45), cabeza de Familia Desempleado (OR= 7,81; IC 95%= 2,87-21,24) y contar con servicios de salud públicos (OR= 0,18; IC 95 %: 0,06-0,52) y 3) Disfuncionalidad familiar: hospitalización en el último año (OR= 6,28; IC 95%= 1,76-22,38).* **Conclusiones:** *vivir en familia no nuclear, ausencia de recursos extra familiares y disfuncionalidad familiar*

Archivos d lumen 17 N° 2, Julio-Diciembre 2017, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874.
Díaz Cárdenas S.; Herrera Zárate C.; Martínez Redondo M.; Hernández Álvarez A.

- 1 Odontóloga, Magíster en Salud Pública, Especialista en Salud Familiar. Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Docente Asociada, investigadora Grupo de Salud Pública GISPOUC. Coordinadora Clínica Adulto Especial. Email: sdiazc@unicartagena.edu.co
- 2 Odontólogo Universidad de Cartagena. Especialista en Educación. Docente Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Email: cherreraz@unicartagena.edu.co
- 3 Estudiante de Odontología, Grupo Semilleros de GISPOUC Universidad de Cartagena, Email: mariamm0415@gmail.com.
- 4 Odontóloga Universidad de Cartagena. Magister en Auditoria y Servicios de la Salud. Especialista en Gerencia en salud. Jefe Dpto. Académico. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Email: ahernandeza1@unicartagena.edu.co.

en personas con condiciones especiales pueden comprometer el pronóstico y manejo de sus enfermedades.

Palabras Clave: *medicina familiar y comunitaria, personas con necesidades especiales, enfermedad crónica, salud de la familia, odontología.*

Díaz-Cárdenas S, Herrera-Zárate C, Martínez-Redondo M, Hernández-Álvarez A. Asociación entre salud familiar, características sociodemográficas y condiciones especiales en pacientes atendidos en una clínica de Cartagena (Colombia). Arch Med (Manizales) 2017; 17(2):290-02. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2195.2017>

Association between Family health, sociodemographic characteristics and special conditions on patients attended at Clinic Cartagena (Colombia)

Summary

Objective: *estimate association between family health, sociodemographic characteristics and special conditions in patients attended at clinic Cartagena (Colombia).* **Materials and methods:** *a Cross-sectional analytic study was conducted in 150 patients of the Special Adult Clinic, Faculty of Dentistry, University of Cartagena, 2011-2015. A questionnaire was designed and applied to investigate sociodemographic variables (age, sex, schooling), prevalence of special conditions and family health (type of family, presence of extra familiar resources [eco-map] and family functionality [family APGAR]). Descriptive statistics (frequencies and percentages), estimation of associations through OR and multinomial logistic regression with 95% confidence intervals mediated regression analyses were performed.* **Results:** *the multivariate model that best explain the family health in persons with special conditions are: 1) Living in non-nuclear families: death of a child of 5 years or less in the last year (OR=10,97, IC 95%= 3,34-36,01), consumption of alcohol /drugs (OR= 7,95; IC 95%= 2,54-24,87), unresolved medical treatments and surgeries (OR= 3,31; IC 95%= 1,01-10,89), 2) Families without extrafamiliar resources: to be more than 60 years old (OR= 0,20; IC 95 %:0,090-0,45), unemployed Family Head (OR= 7,81; IC 95%= 2,87-21,24) and public health services (OR: 0,18; IC 95 %: 0,06-0,52) and 3) Family dysfunction: hospitalization in the last year (OR= 6,28; IC 95%= 1,76-22,38).* **Conclusions:** *living in non-nuclear families, without extrafamiliar resources and family dysfunction in persons with special conditions can compromise the prognosis and management of their diseases.*

Key Words: *family practice; disabled persons; chronic disease; family health; dentistry*

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) corresponden a una de las principales causa de muerte, reportando cifras

de 38 millones (68%) de pacientes el mundo de los 56 millones de defunciones registradas para el año 2012; más de 16 millones (40%) ocurrieron en personas de menos de 70 años

de edad, 28 millones (82%) ocurren en países en desarrollo, lo que causa graves consecuencias sociales y económicas [1].

En este grupo de patologías se encuentran: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artrosis, condiciones especiales que se deben tener en cuenta en toda atención en salud. Así mismo otras condiciones especiales como la presencia de discapacidades, mujeres embarazadas y pacientes con secuelas crónicas también hacen parte de la alta carga de morbilidad y mortalidad mundial [2].

Todas estas enfermedades constituyen problemas importantes de salud pública en países con ingresos medios a bajos asociándose con mayor carga económica, al generar altos costos en salud por estar acompañadas de serias complicaciones, largas y extenuantes hospitalizaciones, gran cantidad de ingesta de medicamentos, exámenes clínicos, además de los cambios en las dinámicas familiares para poder apoyar al paciente [3]. Esta carga de la enfermedad también refleja el crecimiento en expectativa de vida disminuido por el aumento en las discapacidades, situación que reporta ser tres veces mayor cuando se compara con poblaciones provenientes de países desarrollados como Australia y que revelan la necesidad de incrementar la demanda de servicios, sobre todo en hospitales de segundo y tercer nivel; estas enfermedades contribuyen a que Colombia reporte la más alta tasa de hospitalización de América Latina (8,7% de personas hospitalizadas a lo largo de un año) [4].

Así, en Colombia se evidencia un cambio en la pirámide poblacional con incremento de la población adulta mayor pero acompañado de ECNT, estilos de vida no saludables y múltiples factores asociados de tipo social, económico, epidemiológico y demográfico [5]. Esta situación predispone a la presencia de discapacidad parcial o total con impacto económico y social a nivel familiar y altos costos a cubrir desde los sistemas de salud. Por ejemplo, los costos

más altos generados en salud provienen de los servicios médicos ocasionados por enfermedades cardiovasculares (12,8 millones de pesos colombianos aproximadamente) y sus complicaciones, costos que si se aportaran a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad generarían mejores resultados en la salud de los pacientes y sus familias [5]. Estos altos costos en salud ameritan un cuidadoso estudio en relación con los factores que intervienen en el mejoramiento y pronóstico de las enfermedades para su adecuado tratamiento e intervención oportuna teniendo en cuenta su complejidad en cuanto a causalidad se refiere. Las intervenciones que se proponen para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, no solo requieren intervenciones farmacológicas; también ameritan abordajes de tipo psicológico, social y comportamental haciendo pertinente la presencia de equipos interdisciplinarios, para brindar una atención en salud integral con calidad, efectividad a corto plazo, disminución de reingresos y reducción de la carga del sistema de salud a largo plazo [6]. Debido a la complejidad del manejo de pacientes con ECNT o alguna condición especial, el pronóstico de la enfermedad se encuentra asociado a cambios muy importantes, como el compromiso con el tratamiento a nivel individual y familiar y la presencia de las diferentes redes de apoyo extra familiar [6].

La familia juega un papel importante en el cuidado de los pacientes con condiciones especiales como discapacidad y ECNT [7]. Las formas en que los cuidadores afrontan las necesidades de cuidado depende de las características propias de cada situación en particular y la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado; ante esta circunstancia se ha sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos. Estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección promoviendo una reevaluación y adaptación de

la situación ayudando a desarrollar respuestas de afrontamiento [8]. Los profesionales de la salud al atender a sus pacientes deben ser capaces de conocer el entorno psicosocial y familiar que rodea a sus pacientes que puede a su vez comprometer la salud de estos, en aras de buscar apoyo interdisciplinario que contribuya a su mejoramiento. Dentro de estos profesionales se encuentra el odontólogo, que también puede actuar como un gerente de recursos en aras del bienestar de su comunidad. De aquí que al brindar atención odontológica a estos pacientes con ECNT y condiciones especiales, no deba ser indiferente al manejo sistémico y social de la enfermedad. La Odontología busca cada vez ofrecer una atención más integral, explorando factores de riesgo “más allá de la boca” aumentando sus actividades hacia la promoción de la salud, sensibilizando y propiciando cambios de comportamientos en los individuos con respecto a la elección no solo de hábitos de higiene bucal adecuados, sino de estilos de vida saludables y decisiones favorables individuales y colectivas que redunden sobre la calidad de vida [9].

Por ello requiere actividades de promoción en salud como la educación y la prevención de la enfermedad que busca reducir la aparición de una enfermedad específica a través del diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de la enfermedad que previene mayores daños, secuelas y muertes evitables [10].

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de pacientes en Colombia con enfermedades crónicas y condiciones especiales encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7 % de todas las defunciones y los pocos estudios que reportan la salud de la familia de estos pacientes evaluados desde los centros de atención, el objetivo de este estudio es asociar la salud familiar con las características sociodemográficas y con condiciones especiales en pacientes atendidos

en una clínica odontológica universitaria de la ciudad de Cartagena de Indias especializada en la atención a este tipo de pacientes, en aras de trabajar transdisciplinariamente desde su salud bucal [9].

Materiales y métodos

Tipo de estudio: estudio analítico de corte transversal

Población: la población universo la constituyen 1500 pacientes que asisten a una Clínica de la ciudad de Cartagena (Colombia) tomando a 150 pacientes, correspondiente a una muestra no probabilística, atendidos en la Clínica del Adulto Especial de la Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, durante los años 2011-2015 los cuales cumplieran los siguientes criterios de inclusión: asistir de manera constante a la clínica del adulto especial y cuyos familiares permitan la visita domiciliaria y los criterios de exclusión corresponden a aquellos pacientes que asistían a las clínicas pero con personas que no convivían con ellos.

Variables: se estudiaron las siguientes variables: **1. Sociodemográficas:** edad (adulto joven y maduro < 60 años, adulto mayor ≥ 60 años), sexo (masculino, femenino), procedencia (urbana, rural), nivel de escolaridad (bajo nivel de escolaridad < 10 años de estudio, alto nivel de escolaridad ≥ 10 años de estudio), servicios de salud (públicos-privados), **2. Condición especial:** cualquier enfermedad sistémica que presente el paciente, discapacidad física o cognitiva y alguna condición que amerite un cuidado especial como el embarazo. **3. Características familiares** (número de personas en la familia, riesgos de la vivienda (cabeza de hogar desempleado, realización de actividades lúdicas, hogar en mal estado, miembro de la familia con las siguientes condiciones: muerto en el último año, hospitalizado el último año, que consume licor o sustancias alucinógenas, con caries, gingivitis o alto índice de placa

bacteriana, tratamiento médico sin resolver, enfermedad crónica sin tratamiento, vivienda en mal estado (paredes de cartón, piso de tierra...), hacinamiento (más de 3 personas por cuarto), cocina y dormitorio en un mismo lugar, servicios públicos (sanitario y alcantarillado), suministro de agua potable, basuras sin tapas, presencia de roedores en la casa, animales domésticos sin vacunar, desorden de los enseres en el hogar. **4.**

Salud familiar: Se evaluó la tipología familiar, presencia de recursos extra familiares y la funcionalidad familiar. La tipología familiar se evaluó a partir de los criterios planteados por La Revilla [11] en: Familia No Nuclear (extensa [dueños de la casa 1era generación], binuclear [esposa separada con hijos se une con padre separado con hijos y además presentan hijos en común], monoparental [padre o madre con hijos], equivalente familiar[aquellos que viven en comunidades que comparten condiciones similares de oficio o comportamiento], persona sin familia [en el momento de la visita familiar viven solos] y Familia Nuclear (familia nuclear [de hasta 4 hijos], nuclear numerosa [5 hijos en adelante], nuclear con parientes próximos, nuclear con agregados [sin lazos consanguíneos]. Se evaluó la presencia de recurso extra familiar (presencia de 3 o más recursos extra familiares a partir de la media presentada) a través del Ecomapa y valoración de la percepción de funcionalidad familiar (Funcionalidad familiar- Disfuncionalidad Familiar) a través del APGAR Familiar.

El Ecomapa es un instrumento que permite identificar rápidamente las interrelaciones de la familia con el contexto sociocultural en el que se desenvuelve; permite al médico familiar y/o equipo familiar, planear, evaluar e intervenir familias en la relación que ellas establecen con su contexto. Para el diseño se parte de la estructura de la familia, se traza un círculo alrededor de la misma, que permite diferenciar el medio intrafamiliar del extrafamiliar. Alrededor de este gran círculo y como elementos del contexto se dibujan círculos más pequeños,

cada uno de ellos representará un recurso (la familia extensa, instituciones educativas, religiosas, de salud, etc.) y para representar las relaciones se trazan líneas que unen cada círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular, o con todo el círculo, cuando se quiere resaltar que el recurso es importante para todo el grupo familiar; las áreas que se incluyen son: relaciones personales significativas, los servicios comunitarios, los grupos sociales, educación, trabajo, instituciones de salud, la familia extensa y otros [12]. Para su interpretación en el estudio, se tuvo en cuenta la presencia de recurso extra familiar a aquellas familias con la presencia de tres recursos o más teniendo en cuenta como punto de corte la media presentada.

Por su parte el APGAR Familiar evalúa la funcionalidad familiar [13] y consta de cinco preguntas tipo Lickert que se puntúan de 0 a 4 ("siempre" 4 puntos, "casi siempre" 3 puntos, "algunas veces" 2 puntos, "casi nunca" 1 punto, "nunca" 0); los resultados pueden variar entre 0 y 20 puntos, puntuaciones entre 18 y 20 sugieren funcionalidad familiar, e inferiores a 18, disfuncionalidad familiar. Esta escala, traducida y validada en castellano tiene validez de constructo y la validez factorial, presenta una consistencia interna de 0,81 y la confiabilidad prueba-reprueba de 0,81[13]; en Colombia algunos estudios reportan su uso [14-15] y solo uno de ellos [15] determina su consistencia interna ($\alpha=0,79$) y a través del Análisis Factorial Exploratorio, la escala muestra un solo factor que da cuenta del 55 % de la varianza sugiriendo entonces el aislamiento de un constructo unidimensional consistente con su propuesta original y otras validadas previamente. No obstante, para este estudio se determina su consistencia interna con la prueba Alpha de Cronbach [16] ($\alpha=0,79$) a partir de la prueba piloto con una población con características similares (80 adultos), teniendo en cuenta las recomendaciones de realizar una nueva validación dadas las diferencias de contextos socioculturales y lingüísticas [17] y coincidiendo con los

reportado para Colombia a pesar de ser usado en población adolescente [15].

Descripción de instrumentos y recolección de la información: se diseñó y aplicó cuestionario, la Historia Clínica de Salud Familiar que se diligenciaba al interior de la Clínica donde asistían los pacientes y la cual incluía todas las variables de estudio. Para obtener la validez de apariencia y plausibilidad teórica del instrumento, se realizaron tres sesiones de estandarización, dirigida por especialista en Salud Familiar de la institución considerada la gold estándar en el área. Posteriormente, para la recolección de la información se desarrolló en dos etapas: 1) durante la atención odontológica que recibía el paciente y 2) a través de visitas domiciliarias conciliadas con los pacientes para indagar sobre aquellas variables que no se lograban recolectar durante la atención odontológica por la naturaleza de las mismas.

Análisis estadístico: los datos fueron analizados utilizando STATA 11.2 (Stata Corp, College Station, TX, EE.UU.) Inicialmente se realizó análisis descriptivo a partir de proporciones y frecuencias; para las asociaciones, se utilizaron razones de disparidad (Odds Ratio), con estimadores ajustados por análisis múltiple e intervalos de confianza del 95%. A nivel multivariable se utilizó regresión logística nominal, con inclusión en los modelos de los factores que mostraron probabilidades inferiores a 0,20; se conformaron modelos a partir de la exclusión de cada una de las variables en un proceso de pasos hacia atrás según las recomendaciones de Greenland [18]. Además, fue usada la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow [19], con el fin de evidenciar la significancia del mejor modelo a partir de valores de $p > 0,10$

Consideraciones éticas: el proyecto de investigación fue sometido un Comité de Ética e Investigación el cual fue previamente aprobado. Antes de iniciar el proyecto se

solicitó consentimiento informado de los pacientes o de sus acudientes en caso de ser dependientes de sus familiares y teniendo en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia [20]. Se excluyeron pacientes que no fueran atendidos en la Clínica del Adulto especial y jóvenes menores de 18 años.

Resultados

Del total de 150 pacientes atendidos en la Clínica del Adulto Especial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, la gran mayoría corresponde al sexo femenino (71,3 %) y al grupo de adulto maduro (44,0 %), con edad promedio de 57, 2 años (DE= 9,9), 88 % proceden del área urbana, 78,6 % presentan servicios de salud de naturaleza pública y 57,3 % estudiaron hasta el nivel de educación básica primaria (Tabla 1)

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes

Variables Sociodemográficas	Fcia (%)
Edad	
Adulto Joven y Maduro (20-44 años)	86 (57,3)
Adulto mayor(60 años o más)	64 (42,7)
Sexo	
Masculino	43 (28,3)
Femenino	107 (71,3)
Procedencia	
Urbana	132 (88,0)
Rural	18 (12,0)
Nivel de Escolaridad	
Bajo Nivel de escolaridad	96 (64)
Alto Nivel de Escolaridad	54 (36)
Servicios de Salud	
Privados	32 (21,3)
Públicos	118 (78,6)

Fuente: Instrumento de Recolección de los Autores

Con respecto a las Condiciones especiales que presentan los pacientes de la Clínica del Adulto especial se encontró que la mayoría

presenta en un 19,3 % Artrosis, seguida de Epilepsia (18,7 %) y Discapacidad Física (12 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Condiciones especiales (Enfermedades y/o discapacidades físicas o cognitivas) de pacientes

Condiciones Especiales	Frecuencia (%)	IC 95 %
Artrosis	29 (19,3)	12-25
Cáncer de Próstata	5 (3,3)	0,04-6
Epilepsia	28 (18,7)	12-24
Hipertiroidismo	14 (9,3)	4-14
Artritis	16 (10,6)	5-15
Enfermedad Renal	10 (6,6)	2-10
Síndrome de Down	4 (2,6)	0,05-5
Gastritis Crónica	15 (10)	5-14
Cáncer de Colon	3 (2)	0,02-4
Cáncer Óseo	3 (2)	0,02-4
Discapacidad cognitiva	2 (1,3)	0,05-0,3
Discapacidad Física	18 (12)	6-17
Embarazo	3 (2,0)	0,02-4

Fuente: Instrumento de Recolección de los Autores.

Con respecto a las características familiares, se observó que el número de miembros que predomina en las casas de las familias de los pacientes es de 6 personas o más con un 64,6 % y más de la mitad viven en familias no nucleares (76 %). En cuanto a los riesgos de las familias se identificó que el más presente fue la presencia de personas con enfermedades bucales como caries, gingivitis y alto índice de placa bacteriana con un 99,3 % y le sigue el consumo de alcohol o sustancias alucinógenas con un 61 %; 43,3 % de las familias no presentan recursos extra familiares y 86 % de los pacientes viven en familias disfuncionales (Tabla 3).

Al realizar las asociaciones entre las variables referentes a Salud Familiar como familias no nucleares con variables sociodemográficas y familiares del paciente se encontraron asociaciones con significancia estadística con: edad ≥ 60 años ($p=0,031$), muerte de algún miembro de la familia en el último año

Tabla 3. Características familiares de pacientes

CARACTERISTICA FAMILIARES	Frecuencia (%)
Número de Personas en la Familia	
Una sola persona (El paciente que vive solo)	7 (4,6)
Dos o tres miembros	12 (8)
Cuatro o 5 miembros	34 (22,6)
Seis o más miembros	97 (64,6)
Riesgos de la Vivienda	
Cabeza de hogar desempleado	41 (27,3)
Realización de actividades lúdicas	73 (48,6)
Hogar en mal estado	32 (21,3)
Miembro de la familia muerto en el último año	48 (32,2)
Miembro de la Familia Hospitalizado el Último año	69 (46)
Miembro de la familia que consuma licor o sustancias alucinógenas	92 (61)
Miembro de la familia con caries, gingivitis o alto índice de placa bacteriana.	149 (99,3)
Miembro de la familia que tenga tratamiento médico sin resolver	58 (38,6)
Miembro de la familia que presente enfermedad crónica sin tratamiento	55 (36,6)
Casa en mal estado (paredes de cartón, piso de tierra...)	2 (1,3)
Hacinamiento	26 (17,3)
Cocina y Dormitorio en un mismo lugar	4 (2,6)
Servicios Públicos (sanitario y alcantarillado)	45 (30)
Suministro de agua potable	41 (27)
Basuras sin tapas	55 (36,6)
Presencia de roedores en la casa	65 (43,3)
Animales Domésticos sin vacunar	34 (22,6)
Desorden de los enseres en el hogar	61 (40)
Salud Familiar	
Familias No nucleares	114 (76)
Ausencia de Recurso Extra familiar	65(43,3)
Familias con Disfuncionalidad Familiar	129(86)

Fuente: Instrumento de Recolección de los Autores.

($p= 0,034$), consumo de alcohol/ drogas en miembros de la familia ($p=0,001$) y cirugías y tratamientos médicos sin resolver ($p=0,003$). Así mismo, al asociar con la ausencia de recursos extra familiares se encontró asociaciones con significancia estadística con: edad ≥ 60

Tabla 4. Asociación entre la Salud Familiar (Tipología Familiar, Recurso Extrafamiliar y Funcionalidad Familiar) con Variables Sociodemográficas y Familiares de los Pacientes

Variables Sociodemográficas y Familiares	Salud Familiar					
	Familia No Nuclear		Ausencia Recurso Extrafamiliar		Disfuncionalidad Familiar	
	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	P	OR (IC 95 %)	P
Edad ≥ 60 años	0,43(0,20-0,02)	0,031*	0,19(0,09-0,39)	<0,001*	0,40(0,15-1,03)	0,060
Sexo Masculino	0,63 (0,28-1,40)	0,259	0,91(0,44-1,88)	0,818	1,33(0,45-3,90)	0,597
Baja Escolaridad	0,48(0,22-1,03)	0,061	0,93(0,48-1,81)	0,848	0,84(0,33-2,14)	0,722
Procedencia Rural	1,66(0,45-6,11)	0,441	0,46(0,15-1,36)	0,163	3,03(0,38-24,1)	0,294
Servicios de salud públicos	1,92(0,68-5,43)	0,217	0,23(0,08-0,60)	0,003*	2,87(0,63-13,07)	0,171
Riesgos en el Hogar						
Cabeza de hogar desempleado	0,81(0,35-1,84)	0,619	8,18(3,51-19)	<0,001*	4,11(0,91-18,53)	0,065
Ausencia de actividades lúdicas	1,94(0,90-4,17)	0,089	4,21(2,1-8,43)	<0,001*	3,06(1,11-8,38)	0,030*
Muerte < de 5 años en la familia último año	2,81 (1,08-7,34)	0,034*	1,65(0,82-3,31)	0,153	3,25(0,90-11,64)	0,070
Hospitalizaciones en el último año	1,70(0,78-3,70)	0,175	2,75(1,41-5,35)	0,003*	6,28(1,76-22,38)	0,005*
Miembros de la Flia consumen alcohol/drogas	3,99(1,81-8,78)	0,001*	0,64(0,33-1,24)	0,192	1,22(0,48-3,11)	0,671
Cirugías y tratamientos médicos sin resolver	4,19(1,62-10,85)	0,003*	0,69(0,35-1,36)	0,290	0,65(0,25-1,64)	0,366
Enfermedades Crónicas sin Resolver	2,02(0,87-4,71)	0,099	0,71(0,36-1,40)	0,333	1,53(0,55-4,20)	0,409

Fuente: Autores, *valores de p significantes.

años ($p < 0,001$), servicios de salud públicos ($p = 0,003$), desempleo del cabeza de hogar ($p < 0,001$), ausencia de actividades lúdicas ($p < 0,001$) y hospitalización en el último año ($p = 0,003$). Del mismo modo, al asociar con disfuncionalidad familiar se encontró asociación con significancia estadística con la ausencia de actividades lúdicas ($p = 0,030$) (Tabla 4)

Al asociar la Salud Familiar (tipología familiar, recursos extra familiares y disfuncionalidad familiar) con las condiciones especiales o enfermedades del paciente solo se encontró asociación con significancia estadísticas con los pacientes que sufren de gastritis ($p = 0,044$) (Tabla 5)

Al realizar el modelo multivariado entre la Salud Familiar (tipología familiar, recursos extrafamiliares, funcionalidad familiar) y las Variables Sociodemográficas, Familiares y condiciones especiales, se encontró que las variables que mejor explican vivir en **Familias No nucleares** son: Muerte de menor de 5 años en la familia en el último año ($OR = 10,97$, $IC\ 95\% = 3,34-36,01$), Miembros de la Familia consumen alcohol/drogas ($OR = 7,95$, $IC\ 95\% =$

$2,54-24,87$) y Cirugías y tratamientos médicos sin resolver ($OR = 3,31$, $IC\ 95\% = 1,01-10,89$); **Ausencia de recursos extrafamiliar**: tener más de 60 años ($OR = 0,20$, $IC\ 95\% = 0,090-0,45$) cabeza de Familia Desempleado ($OR = 7,81$, $IC\ 95\% = 2,87-21,24$) y servicios públicos de salud ($OR = 0,18$; $IC\ 95\% = 0,06-0,52$) y la **Disfuncionalidad familiar**: miembros de la familia con hospitalización en el último año ($OR = 6,28$, $IC\ 95\% = 1,76-22,38$) (Tabla 6)

Discusión

Los hallazgos de la presente investigación provienen de un estudio observacional de corte transversal que permiten conocer que factores familiares e individuales específicamente puedan influir en la salud de los pacientes con necesidades especiales y constituir puntos de partida para el diseño y análisis de estrategias de intervención familiar en pro de su bienestar y calidad de vida. Así se halló en el modelo multivariado que si en la familia se experimenta la muerte de menor de 5 años en la familia el último año, miembros de la familia con consumo de alcohol/drogas y miembros de las

familias con cirugías y tratamientos médicos sin resolver representa riesgos para vivir en Familias no nucleares en los pacientes con

condiciones especiales, ya que al no encontrar una fuente de apoyo por parte de la familia nuclear, la salud de la población estudiada

Tabla 5. Asociación entre la salud familiar (Tipología familiar, recurso extrafamiliar y funcionalidad familiar) con las condiciones especiales del paciente

Condiciones Especiales	Salud Familiar					
	Familia no Nuclear		Ausencia Recursos Extrafamiliares		Disfuncionalidad Familiar	
	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p
Gastritis	0,48(0,16-1,43)	0,188	0,56(0,18-1,7)	0,307	0,29(0,09-0,96)	0,044*
Artrosis	0,88 (0,35-2,19)	0,832	1,52(0,68-3,36)	0,298	1,66(0,45-6,05)	0,440
Cancer de Próstata	1,27(0,13-11,76)	0,832	-	-	0,64(0,06-6,02)	0,696
Epilepsia	2,13(0,68-6,62)	0,190	0,97(0,42-2,23)	0,955	0,97(0,29-3,14)	0,961
Hipertiroidismo	2(0,42-9,38)	0,380	0,49(0,14-1,64)	0,249	0,97(0,20-4,69)	0,974
Artritis	1,41(0,37-5,27)	0,604	0,39(0,12-1,30)	0,127	2,63(0,32-21,04)	0,362
Enf. Renal Crónica	0,83(0,20-3,31)	0,792	3,83(0,97-15,08)	0,054	0,71(0,14-3,55)	0,679
Síndrome de Down	0,19(0,03-1,22)	0,081	2,00(0,32-12,38)	0,453	-	-
Cancer de Colon	-	-	0,42(0,04-4,20)	0,466	-	-
Cancer Óseo	0,62(0,05-7,10)	0,705	-	-	-	-
Deficit Cognitiva	-	-	2,66(0,23-30,0)	0,427	0,31(0,02-3,63)	0,335
Discapacidad Física	0,7(0,24-1,97)	0,501	2,17(0,83-5,69)	0,112	1,54(0,33-7,18)	0,582
Embarazo	0,62(0,05-7,10)	0,705	2,66(0,23-30)	0,427	-	-

*valores de p significantes Fuente: Autores.

Tabla 6. Modelo Multivariado entre la Salud Familiar (Tipología familiar, recurso extrafamiliar y funcionalidad familiar) y las variables sociodemográficas, familiares y condiciones especiales de los pacientes

Condiciones Especiales	Salud Familiar					
	Familia no Nuclear		Ausencia Recursos Extrafamiliares		Disfuncionalidad Familiar	
	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p	OR (IC 95 %)	p
Mayor a 60 años	-	-	0,20(0,090-0,45)	<0,001	-	-
Baja Escolaridad	0,35(0,14-0,90)	0,030	-	-	-	-
Servicios de Salud Públicos	-	-	0,18(0,06-0,52)	0,001	-	-
Cabeza de Familia Desempleado	-	-	7,81(2,87-21,24)	<0,001	-	-
Hospitalizaciones en el último año	-	-	-	-	6,28(1,76-22,38)	0,005
Muerte de menor de 5 años en la familia en el último año	10,97(3,34-36,01)	<0,001	-	-	-	-
Miembros de la Familia consumen alcohol/drogas	7,95(2,54-24,87)	<0,001	-	-	-	-
Cirugías y tratamientos médicos sin resolver	3,31(1,01-10,89)	0,048	-	-	-	-

Valor Modelo Tipología Familiar: X²: 42,40; p<0,001, Modelo Recurso Extrafamiliar: X²: 55,28; p<0,001, Modelo Disfuncionalidad Familiar: X²: 11,09; p<0,0009. Fuente: Autores

podría decaer de manera progresiva, tal y como se reporta, en un estudio realizado por Mendoza *et al*, (2015) en la ciudad de México [21] donde el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas influye en la salud, ya que aumenta el riesgo a padecer enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas, afirmando que el cuidado de estos por parte de la familia es esencial para mejorar su calidad de vida. En este estudio se demostró que perder a un menor de 5 años en la familia representa un riesgo para aquellas familias no nucleares, ya que probablemente esto ocasione depresión en los pacientes, impactando así en su calidad de vida; Díez *et al*, (2014) en Perú [22] afirma que los pacientes con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental, siendo la depresión uno de más frecuente, que puede además dificultar el manejo y empeorar su condición crónica.

La existencia de miembros de las familias con cirugías y tratamientos médicos sin resolver se comportan como factor de riesgos al vivir en familias no nucleares; probablemente la presencia de otros integrantes en la familia y dependiendo de su número, podría generar un descuido en la realización de ciertos tratamientos médicos y cirugías [23]. Los pacientes especiales, forman parte de un grupo vulnerable que requiere una atención especializada, oportuna y eficaz; se reportó en un estudio [24] que las quejas por inconformidad con el proceso de atención, con los resultados obtenidos y con el trato recibido, principalmente en los servicios de urgencias y en los servicios quirúrgicos son presentadas principalmente por el núcleo familiar ante el servicio de salud.

El tener más de 60 años y contar con servicios de salud públicos no se presentan como condiciones de riesgo al ser asociado con la ausencia de recursos extrafamiliares mientras que el contar con el cabeza de familia desempleado sí. Las dos primeras condiciones se podrían deber al apoyo del sistema de salud

a los adultos mayores y al fortalecimiento del actual sistema de salud al desaparecer la inequidad en la atención en salud cuando se presentaban dos tipos de servicios: públicos y privados a través del régimen subsidiado y contributivo respectivamente. Por tanto estas condiciones al estar presente no ameritan un soporte extrafamiliar para las familias. Si se cuenta con el cabeza de familia desempleado esto podría originar una crisis económica en la familia, y ameritar apoyo extrafamiliar por ejemplo de las familias extensas o redes sociales de educación y salud teniendo en cuenta que las fuentes de ingresos son de gran apoyo para establecer un soporte familiar, ya que cada día se generan numerosos gastos necesarios para el bienestar individual y grupal.

Por otro lado la presencia de miembros de la Familia hospitalizados en el último año se observa como factor de riesgo en las familias disfuncionales; durante el ingreso hospitalario el afectado aumentan su nivel de dependencia por parte de la familia, lo que probablemente conlleva a la pronta recuperación de este, sin embargo, el estado físico, psicológico, social y ambiental de la familia puede estar deteriorado por la sobrecarga que se genera tener a unos de sus miembros hospitalizado, complicando así la funcionalidad familiar [25].

Con respecto a la asociación de las condiciones familiares y las condiciones especiales, a pesar de no aparecer asociado en el modelo multivariado, solo la gastritis se mostró asociado con la disfuncionalidad familiar.

En la presente investigación la gran mayoría de familias son disfuncionales lo cual puede ser un factor predictor en cuanto al estado de salud del paciente, ya que los hace propensos a desarrollar algún tipo de enfermedad crónica; sin embargo, en un estudio realizado en Cuba [26], se demostró que el presentar alguna enfermedad crónica no depende de las familias disfuncionales, ya que a pesar de presentar problemas críticos de salud relacionados

con la descompensación de enfermedad crónica en un 89,83 %, las familias evaluadas resultaron ser funcionales, al reflejar armonía, permitir la expresión de los sentimientos y la comunicación de sus miembros.

En cuanto a la presencia de recursos extra-familiar no se evidenció significancia con ninguna de las enfermedades y/o condiciones especiales de los pacientes, pero sí con el número de integrantes y la realización de actividades lúdicas; de acuerdo a Castro y Reyes (2012), se evidencia que el soporte social comprende la ayuda emocional, informática, instrumental y valorativa. Estos tipos de ayuda puede ser brindada por personas que pertenecen o no al núcleo familiar para lograr la salud y el bienestar del paciente [27].

La familia representa hoy en día la más importante y efectiva red de apoyo social, al ejercer una función esencial en el proceso salud-enfermedad al constituirse un escenario que propicie factores protectores o de riesgo para la salud de sus miembros y a su vez influir en la adquisición de comportamientos saludables o no que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes [26].

Otros factores aunque no aparecieron en el modelo multivariado explicando la presencia de familias no nucleares como factores de riesgo, la ausencia de recursos extrafamiliares y la disfuncionalidad familiar, aparecen asociados con estos aspectos como el contar con bajo nivel de escolaridad representa un factor protector para vivir en familias no nucleares; en un estudio realizado por Menéndez *et al*, (2005) en Panamá, [28] encontraron asociación entre un menor nivel educacional y tener dificultad para realizar las actividades de la vida diaria; la discapacidad puede verse como una distancia entre la habilidad de las personas y las exigencias y relaciones que se puedan presentar al interior de la familia, teniendo así menos probabilidad de conformar familias nucleares en pacientes especiales.

También se observó que los pacientes con más de 60 años de edad, viven en familias disfuncionales, hombres en su mayoría, de procedencia rural y servicios públicos de salud; los cuales conviven con más de seis integrantes en su familia, no realizan actividades lúdicas, teniendo hospitalizaciones de al menos un miembro de su familia el último año y padecen gastritis crónica con significancia estadística. De acuerdo a lo expresado anteriormente y a los datos obtenidos por medio de los resultados, se concluye que las familias formadas por más seis integrantes en términos de funcionalidad familiar se comportaría como un factor protector para el individuo enfermo lo que implica un mayor compromiso social y emocional por un mayor número de personas, pero esto no significa que existe una buena funcionalidad familiar a nivel de núcleo familiar como tal, ya que el individuo presencia apoyos y compromisos individuales, pero no se asegura una buena funcionalidad familiar. Muchas veces envejecer implica un cambio total; Sánchez *et al* (2014) [29] en su estudio de calidad de vida de los adultos mayores realizado en Cuba, comenta que la percepción del entorno y la relación de las personas con él y a medida que avanza el tiempo la vida va cambiando en diferentes factores, es decir, no es la misma, surgen limitaciones físicas y psíquica. Pero esto no tiene por qué ser así, dado que depende del adulto mayor el cómo abordar esta nueva etapa de su vida.

Es evidente que los factores de riesgo de la salud, guardan una estrecha relación con el nivel socioeconómico y este con las condiciones de las viviendas y por ende pueda comprometer la salud de las personas que la habiten. Cuando el estado de las viviendas es inadecuado, el número e intensidad de los factores de riesgo son más elevados y las amenazas a la salud son más graves. Es decir, las condiciones de las viviendas se convierten en promotores de la salud de sus habitantes [30].

En conclusión, algunas condiciones familiares aumentan el riesgo de vivir en familias no nucleares, con ausencia de recursos extra familiar y en disfuncionalidad familiar en pacientes con condiciones especiales lo cual podría comprometer el pronóstico y manejo de sus enfermedades.

Se considera que la atención odontológica no debe estar desarticulada de otras especialidades que se encuentran en relación directa con los cuidados del paciente con discapacidad o que presentan alguna condición especial. Su atención debe incluir el abordaje no solo clínico, sino social, psicológico y familiar que permitan conocer que factores pueden contribuir a un mejor o peor pronóstico de la enfermedad.

Dentro de las limitaciones de la investigación se tiene la heterogeneidad de la población de estudio, teniendo en cuenta la naturaleza de la atención ofrecida en la Clínica del Adulto especial lo que no permitiría extrapolar los resultados a otras poblaciones. Por ende, para próximos estudios se podría clasificar la población por condiciones especiales.

Agradecimientos

A los estudiantes de la Facultad de Odontología que han cursado la Clínica del Adulto Especial y a los pacientes y sus familias por recibirnos en la visita familiar.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación al tema tratado

Fuentes de financiación: ninguna

Literatura citada

1. World Health Organization. **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014**. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Banco Mundial. **Informe mundial sobre la discapacidad**. Organización Mundial de la Salud; 2011.
3. Carreño S, Sanchez B, Carrillo G, Chaparro L, Gomez O. **Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado**. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2016; 34(3):342-349.
4. **Política de atención integral en salud 2016**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
5. Gallardo K, Benavides F, Rosales R. **Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana**. *Revista Ciencias de la Salud* 2016; 14(1):103-114.
6. Orozco AM, Castiblanco L. **Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles**. *Revista Colombiana de Psicología* 2015; 24(1):203-217.
7. Gómez LA. **Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global**. *Biomédica* 2011; 31(4):469-73.
8. Vega OM, Gonzalez DS. **Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad Crónica**. *Ciencia y Cuidado* 2017; 6(1):51-62.
9. Díaz S, Tirado L, Madera M. **Odontología con enfoque en salud familiar**. *Rev Cub Salud Pública* 2014; 40(3): 397-405.
10. Capote M, Campello L. **Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo**. *Rev Cubana Estomatol* 2012; 49(3):256-266.
11. De La Revilla L. **Estructura y Función Familiar. Manual De Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta**. Granada: Ediciones Adhara; 1999; p.95-97.
12. Suarez M. **Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares**. *Rev Méd La Paz* 2015; 21(1):72-74.
13. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardillí P. **Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar**. *Aten Primaria* 1996; 18:289-96.
14. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, González-Martínez F. **Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena**. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2015; 8(1):19-30.
15. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo-Arias A. **Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria**. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35(1):23-9.
16. Kline P. *Handbook of psychological testing*: Routledge; 2013. Capítulo de Libro.
17. Sánchez R, Echeverry J. **Validación de Escalas de Medición en Salud**. *Rev Salud Pública* 2004; 6(3): 302-318.

18. Greenland S. **Modeling and variable selection in epidemiologic analysis.** *Am J Public Health* 1989; 79(3):340-349.
19. Hosmer DW, Lemeshow S. **Applied logistic regression 2nd edition.** New York: John Wiley and Sons Inc; 2000.
20. **Resolución 8430 de 1993:** Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (Octubre 4 de 1993) Resolución aprobada.
21. Mendoza M, Borges L, Gallegos C, García J, Hernández N, Camacho S et al. **Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor.** *Salud Ment* 2015; 38(1):15-26.
22. Díez F, Ipince A, Toyama M, Benate Y, Galán E, Medina J et al. **Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención.** *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2014; 31(1):131-6.
23. Castaño C, Hurtado L, Perea D, Sánchez A. **Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y sus cuidadores en una unidad renal de la ciudad de Cali en 2013.** *Ciencia & Salud* 2014; 2(8):29-35.
24. Jiménez J, Rodríguez J, Campos M, Córdoba M, Aguirre H. **Causas de quejas y posibles eventos adversos en adultos mayores.** *Rev CONAMED* 2016; 15(1):15-21.
25. Concha C, Rodríguez C. **Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados.** *Theoria* 2010; 19(1):41-50.
26. Matos G, Román S, Remón L, Álvarez B. **Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico.** *Multimed* 2016; 20(1):75-89.
27. Castro G, Reyes A. **Some aspects of the process with primary caregivers of a chronically ill-degenerative.** *REPI* 2012; 15:636-661.
28. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León E, Marín C, Alfonso J. **Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe.** *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 17(5/6): 353-61.
29. Sánchez L, González U, Alerm A, Bacallao J. **Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor.** *Rev Haban Cienc Méd* 2014; 13(2):337-349.
30. Vargas R, Méndez M, Aceros M. **Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo.** *Rev Ciencia y Cuidado* 2012; 9(2):52-63.

