

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 43  
VILLAHERMOSA TABASCO



**DISFUNCION FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO EN LA POBLACION  
DIABETICA TIPO 2 DE UN CONSULTORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR 43**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**CARMEN GALEANA PERALTA**

VILLAHERMOSA, TABASCO

2005

M343788



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**DISFUNCION FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO EN LA POBLACION  
DIABÉTICA TIPO 2 DE UN CONSULTORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR 43**

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

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**CARMEN GALEANA PERALTA**

**AUTORIZACIONES:**

**M. en C. CONCEPCION LÓPEZ RAMÓN**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**

**EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR 43**

**ASESOR DE TEMA Y METODOLOGÍA DE TESIS**

**M.A. DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALA**

**PROFESOR INVESTIGADOR DE LA UJAT (PROFESOR INVITADO TITULAR DEL  
TALLER DE INVESTIGACION CLÍNICA DE LAS ESPECIALIDADES DE MEDICINA  
FAMILIAR COMUNITARIA Y PSIQUIATRÍA). COORDINADOR  
TÉCNICO ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE TABASCO.**

**M. en C. CRUZ LILIAN AGUILAR CHANEZ.**

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO EN LA POBLACIÓN  
DIABÉTICA TIPO 2 DE UN CONSULTORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR 43

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CARMEN GALEANA PERALTA

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ARNULFO TRIGUAYÉN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: CARMEN GALEANA PERALTA

FECHA: 04 Mayo 2005

FIRMA: [Firma]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE

POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**TÍTULO**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DESCONTROL METABÓLICO**

**EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA TIPO 2**

**DE UN CONSULTORIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 43.**

Dedicado

A mis padres:

Rodolfo Galeana García

María Reyes Peralta Hernández .

A mi hijo:

Luis Arturo Galeana Peralta

## INDICE GENERAL

Antecedentes	2
Planteamiento del problema	7
Justificación	8
Objetivos	9
Hipótesis	10
Metodología	11
Resultados	16
Discusión	31
Conclusiones	32
Referencias bibliográficas	34
Anexos	37

## ANTECEDENTES

La diabetes mellitus es una enfermedad con participación hereditaria, crónica, progresiva, condicionada por inadecuada secreción o utilización de insulina, con repercusión en el metabolismo intermedio, alteraciones neurológicas y lesiones de macro y microangiopatías que ocasionan grave deterioro al organismo.<sup>1</sup> De ser una enfermedad característica de los países desarrollados ha pasado a ser una epidemia en países en desarrollo, y a pesar de que existe un desarrollo considerable en el esclarecimiento de los mecanismos de sus causas y consecuencias, las estrategias para su prevención han resultado insuficientes. La Organización Mundial de la Salud estimó que para 2000 existirían en México 2.18 millones de personas con diabetes mellitus, sin embargo la recientemente publicada encuesta nacional de salud 2000, efectuada por el Instituto Nacional de Salud Pública, detectó 3.65 millones y alrededor de 582 826 mexicanos murieron de diabetes en el período 1980-2000.<sup>2</sup> En México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa actualmente el segundo lugar como motivo de consulta en Medicina Familiar.<sup>3</sup> A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación los cuales dependen para su éxito de la existencia de una correcta función familiar. Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema que exige modificaciones en sus hábitos de vida, con la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos roles, buscando en caso de ser necesario, apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.<sup>4</sup> Por eso es importante estudiar a la familia del diabético, pues es ella quien lo apoyará para cumplir con el tratamiento médico. Para él,



es vital contar con una familia funcional, es decir, una familia que sea capaz de cumplir con sus tareas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que surjan de todo su entorno; si no puede ejercer sus funciones por alteraciones en alguno de los subsistemas será una familia disfuncional.<sup>5,6</sup> La evaluación familiar se ha definido como la determinación del significado, importancia, valor o peso de las características del sistema familiar incluyendo aspectos de la estructura familiar, las relaciones intra familiares y las interacciones con su contexto social.<sup>7</sup> A fines de los setenta se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.<sup>8</sup> La cohesión familiar es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.<sup>9</sup> La adaptabilidad familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desligada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y aglutinada (muy alta).<sup>10</sup> Desligada o desvinculada se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la separada si bien prima el “yo”, existe presencia de un “nosotros”, además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la

familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la conectada o unida, prima el “nosotros” con presencia del “yo”, son familias donde se aprecia una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Finalmente en la aglutinada, enmarañada o enredada, prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común. La descripción, medición y diagnóstico de adaptabilidad familiar incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina) estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles son rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada) flexible, (moderada a alta) y caótica (muy alta). La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular, y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. La estructurada es aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.<sup>11</sup> Relacionando las variables de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell & Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), suele haber también un estilo de comunicación mutuamente asertivo, éxito en las negociaciones, un liderazgo más o menos igualitario, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, y roles y reglas compartidos, siendo aquellos más explícitos que implícitos. Por contraposición, los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión. Este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de

su ciclo vital.<sup>12,13</sup> Las funcionales se sitúan en los niveles intermedios. La escala FACES I por sus siglas en inglés Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (versión original) constaba de 111 ítems.<sup>14,15</sup> La escala FACES II se diseñó a partir de la FACES I, a fin de disponer de un instrumento más breve, con frases más sencillas, de manera que pudiera ser respondida por los hijos y personas con dificultades de comprensión. Conservaron las mismas categorías en cada dimensión. A fin de mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala (FACES III), resultando una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad.<sup>13</sup> En 1989 Valadez y col,<sup>16</sup> identificaron y asociaron algunas características familiares del diabético tipo 2 en relación con su control metabólico. Evaluando actitudes de información sobre la enfermedad, complicaciones y medidas terapéuticas, tomando en cuenta la etapa del desarrollo familiar, tipo de familia y funcionalidad, ésta a través del APGAR familiar para determinar si la familia es un recurso para el paciente o contribuye a su enfermedad. En el cual la mayoría de las familias demostraron actitudes negativas, conocimientos profundos; sólo el 16.5 % de los pacientes estaban controlados, con resultados que indican que las familias no apoyan a sus enfermos diabéticos en su control, encontrándose que el 74.3% de los pacientes ubica a su familia como funcional y el 78.8 % de sus familiares también la ubican igual. En un estudio comparativo entre un grupo de pacientes geriátricos con diabetes mellitus 2 y otro sin diabetes mellitus 2 con la encuesta FACES III para saber si la presencia de diabetes mellitus 2 en el paciente geriátrico altera la funcionalidad familiar, se encontró que en el grupo con diabetes mellitus 2 sólo el 39% tenían familias disfuncionales y el 61 % funcionales, del grupo sin diabetes mellitus 2, sólo el 22% de las familias eran disfuncionales y el 78% funcionales.<sup>17</sup> En otro estudio se aplicó la FACES III para

conocer la frecuencia de disfunción familiar en las fases de expansión y dispersión del ciclo vital familiar tomando como funcionales a las familias flexibles y conectadas únicamente, que correspondió al 11.08%.<sup>18</sup> En otro estudio se identificaron las características sociodemográficas y clínicas de las familias de diabéticos encontrando los mayores promedios de edad en diabéticos con familias en fase de independencia y retiro, solo el 13% estaba controlado y los hijos de los pacientes en promedio convivían con su familiar diabético 5 días por semana aunque el apoyo que prestaban a los padres en su padecimiento aceptaron que era escaso. Encontrando asociación entre descontrol metabólico y la pertenencia a las fases de independencia y retiro.<sup>19</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública, que origina un elevado costo económico y emocional para la población y sus familias, por su cronicidad altera la funcionalidad familiar. Cuando la dinámica familiar es disfuncional se descuidan las tareas primordiales de atención, apoyo y afecto, contribuyendo al descontrol metabólico del enfermo; siendo entonces cuando las complicaciones propias de la enfermedad aparecen prematuramente, que son causa de deterioro en la calidad de vida del enfermo, impidiéndole ser productivo, y convirtiéndolo en una carga para la familia, al mismo tiempo que aumenta las tasas de morbilidad, que conducen a un mayor gasto económico para las instituciones de salud, al mismo tiempo que afecta la economía familiar. Para contribuir a mejorar la calidad de vida del enfermo, es fundamental lograr el control metabólico, y en esto la familia juega un papel importante, sus tareas cobran relevancia porque es con su apoyo que puede lograrse el éxito. Considero por ello importante saber que tanto el entorno familiar favorece el control metabólico de los enfermos, conociendo la funcionalidad de la familia de cada paciente, para identificar cual dimensión de su dinámica es la más afectada, para trabajar en ella, y lograr el éxito terapéutico tan deseado por el médico, la familia y la sociedad.

¿Existe relación entre disfunción familiar y descontrol metabólico en la población diabética tipo 2 de un consultorio de la Unidad de Medicina Familiar 43?

## JUSTIFICACION

La diabetes mellitus es un problema relevante de salud, que requiere atención prioritaria, el descontrol metabólico acelera la presencia de complicaciones que aumentan la tasa de morbilidad y el costo económico para las instituciones de salud; la Encuesta nacional de enfermedades crónicas de la Secretaría de Salud informa una prevalencia de 10.5% en la población adulta.<sup>20</sup> En el IMSS ocupa entre la segunda y tercera causa de los egresos hospitalarios, la mortalidad paso del cuarto lugar en 1990 al tercero en 2001, el gasto originado por las complicaciones es tres veces superior al de su tratamiento y control.<sup>21</sup> En la delegación del IMSS en Tabasco hay 6 598 casos de diabetes mellitus y una tasa de 36.4 x 10 000 derechohabientes son diabéticos.<sup>22</sup> En la UMF 43 ocupa el tercer lugar en la demanda de consulta, con un total de 70 diabéticos por consultorio. Con este estudio se evaluará la funcionalidad familiar de cada paciente lo que nos permitirá poner mayor énfasis en la atención de las familias disfuncionales con pacientes descontrolados, mejorando la calidad de la atención con la educación médica continua y apegándonos a lo que marca la NOM-015-SSA 2-1994. Actualmente nos apoyamos en los servicios de nutrición para el control del peso, sin embargo, los pacientes continúan descontrolados, por lo que el presente estudio , contribuirá a conocer su dinámica familiar e incidir favorablemente en ella, en colaboración con los programas integrados de salud que se manejan en el IMSS para fomentar la educación efectiva para la salud desde edades tempranas, promoviendo la actividad física, la orientación nutricional con alimentos sanos y las campañas de detección para la atención médica oportuna.

## **OBJETIVO GENERAL**

Establecer si existe relación entre disfunción familiar y descontrol metabólico de la población diabética tipo 2 de un consultorio de la Unidad de Medicina Familiar 43.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar la disfunción familiar en la población diabética tipo 2 de un consultorio de la Unidad de Medicina Familiar 43.
2. Identificar la disfunción familiar en la población diabética tipo 2 descontrolada de un consultorio de la Unidad de Medicina Familiar 43.

## **HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS ALTERNA:**

Existe relación entre disfunción familiar y descontrol metabólico en la población diabética tipo 2.

### **HIPÓTESIS NULA:**

No existe relación entre disfunción familiar y descontrol metabólico en la población diabética tipo 2.



## **MATERIAL Y METODO**

### **Diseño**

Tipo de Estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Ubicación espacio temporal: Consultorio 2 matutino de la Unidad de Medicina Familiar 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 03 de mayo al 30 de junio de 2004.

### **Universo de estudio**

Los 70 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, asignados al consultorio 2 matutino, de la Unidad de Medicina Familiar 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Villahermosa Tabasco.

### **Tamaño de la muestra:**

El resultado del censo diabéticos que corresponde a 70 pacientes.

### **Criterios de inclusión**

Los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de ambos géneros, usuarios del servicio, con un reporte de glucosa, en los tres últimos meses, asignados al consultorio 2 matutino de la Unidad de Medicina Familiar 43, que acepten contestar la encuesta.

### **Criterios de exclusión**

Los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que no acepten contestar la encuesta.

### **Criterios de eliminación**

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que siendo usuarios del servicio falten a su cita de control, y no se les pueda localizar en su domicilio.

Operacionalización de las variables.			
Variables dependientes:	Definición	Operación	Indicadores
Disfunción familiar	Incapacidad de la familia para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ella.	FACES III Evalúa la funcionalidad familiar.	<i>Cohesión</i> : suma de los ítems nones del cuestionario. <i>Adaptabilidad</i> : suma de los ítems pares del cuestionario.
Descontrol metabólico	Cifra de glucosa sérica que orienta a pensar en la aparición de las complicaciones en la evolución natural de la enfermedad.	Cifra de glucosa en ayunas registrada en el expediente clínico.	Mayor a 140 mg/ dl
Variables independientes	Definición	Operación	Indicadores
Unión emocional	Afecto recíproco	El puntaje de cada respuesta	Cohesión
Toma de decisiones	Elección de resoluciones	El puntaje de cada respuesta	Cohesión
Fronteras y coaliciones	Límites y acuerdos	El puntaje de cada respuesta	Cohesión
Relación de roles	Orden de las tareas.	El puntaje de cada respuesta	Adaptabilidad
Poder	Facultad para mandar	El puntaje de cada respuesta	Adaptabilidad
Estilos de negociación	Manera de obtener los cambios más favorables.	El puntaje de cada respuesta	Adaptabilidad

## **METODO**

A cada paciente diabético tipo 2 se le encuestará con el instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III (anexo 1) el cual ya está validado, (Olson DH, Portner J, Lavee Y). Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen; a la cual se le agregarán las siguientes variables: edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, fase del ciclo vital familiar, cifra de glucosa más reciente, año de diagnóstico, complicaciones. La FACES III contiene 20 enunciados que contestarán como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre; con un valor numérico del 1 al 5 respectivamente, que califica: Cohesión y adaptabilidad familiar. Los enunciados nones califican cohesión y los pares adaptabilidad. 10 enunciados para cohesión y 10 para adaptabilidad. Análisis de datos: La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, y la de adaptabilidad de la suma de los pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación (anexo 2) para saber en que nivel de cohesión y adaptabilidad están. Se relacionan dichas dimensiones (anexo 3), con un resultado de 16 asociaciones clasificando a las familias como sigue:

Familias disfuncionales			
1. Desligado rígido	2. Desligado caótico	3. Aglutinado caótico	4. Aglutinado rígido
Familias moderadamente funcionales			
5. Separado rígido	6. Desligado estructurado	7. Desligado flexible	8. Separado caótico
9. Conectado caótico	10. Aglutinado flexible	11. Aglutinado estructurado	12. Conectado rígido
Familias funcionales			
13. Separado estructurado	14. Separado flexible	15. Conectado flexible	16. Conectado estructurado

Para efecto de este estudio las asociaciones que van de la 5 a la 16 se clasificarán como funcionales.

### ANALISIS ESTADISTICO

La información obtenida con las encuestas se analizará para establecer porcentajes de pacientes diabéticos con familias funcionales y disfuncionales, y su control metabólico.

Los resultados se expresarán mediante gráficos. La prueba de hipótesis se hará con ji cuadrada  $X^2$  para establecer relación entre variables, con una significancia del 5% ( $P < 0.05$ ) y una confiabilidad del 95%. La fórmula de ji cuadrada es:  $X^2 = \text{sumatoria } (O-E)^2 / E$

Recursos humanos: el investigador.

Recursos materiales: fotocopias, computadora, impresora, diskettes, máquina de escribir, hojas de papel tamaño carta, lápices, borrador, sacapuntas.

## ASPECTOS ÉTICOS:

Durante la investigación se deberá salvaguardar la autonomía y la vida de los sujetos, así como la integridad física, psíquica y social. Se debe obtener consentimiento pleno y explícito por parte del paciente, se mezcla la investigación y la prestación de servicios.

La ética es la parte de la filosofía que estudia el comportamiento humano en su relación con el bien y el mal y que regula las relaciones humanas por lo que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, y nadie puede ser privado de ella arbitrariamente, este derecho está protegido por la ley a partir del momento del nacimiento. Así como toda persona tiene derecho a que se le respete su integridad física, psíquica y moral (declaración de Ginebra 1948 y declaración de Oslo, 1979). Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad, a la salud y seguridad de su persona (Legislación Mexicana vigente). La declaración de Helsinki de 1964, establece las normas éticas para la investigación; ha sido revisada y actualizada en varias ocasiones y todo médico que lo realice deberá apegarse a sus normas, así como a las normas del Consejo de Organizaciones de Salud de 1982.

La bioética es la parte de la filosofía que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre, en especial las vinculadas con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas.

El presente estudio se considera ético ya que no ocasiona riesgos para la salud. Se obtendrá consentimiento informado (anexo 4).

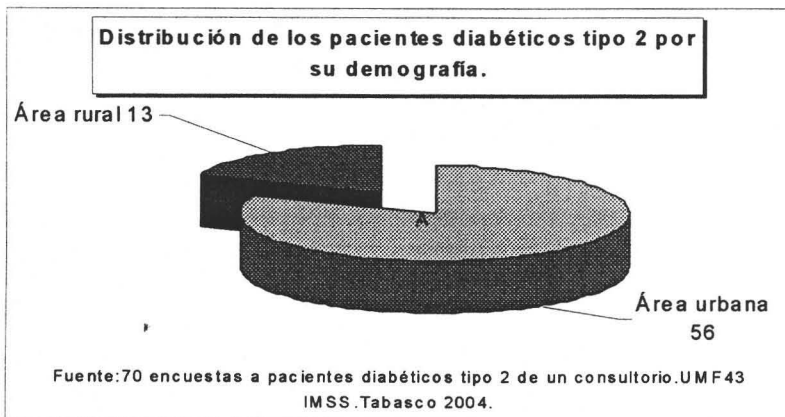
## RESULTADOS.

Se encuestaron a los 70 pacientes diabéticos tipo 2 del 03 mayo al 25 de agosto de 2004.

Tabla 1. Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según su demografía.

Área urbana		Área rural	
Número de pacientes	Porcentajes	Número de pacientes	porcentajes
56	80 %	14	20 %

Del total de los 70 diabéticos tipo 2 encuestados, el 80 % viven en el área urbana, y el 20 % viven en zonas rurales.

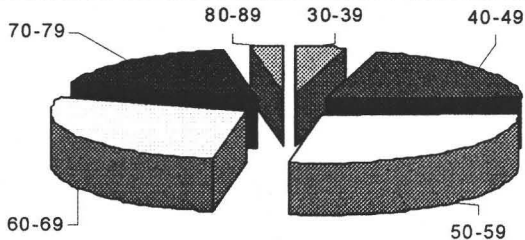


**Tabla 2. Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 por la edad.**

Edad en años	Número de pacientes	Porcentajes
30-39	3	4.28 %
40-49	14	20 %
50-59	20	28.57 %
60-69	19	27.14 %
70-79	12	17.14 %
80-89	2	2.85 %
Total	70	99.98 %

De los 70 diabéticos tipo 2 encuestados el mayor porcentaje corresponde al rango de 50-59 años de edad, con una media de 58.47 con una moda de 73. La edad mínima fue de 30 años, la máxima de 81 años.

**Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 por edades.**



Fuente: 70 encuestas a pacientes diabéticos tipo 2 de un consultorio. UMF 43.IMSS. Tabasco 2004.

Tabla 3. Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 por género.		
Género	Número de pacientes	Porcentaje
Masculino	23	32.85%
Femenino	47	67.14%
Total	70	99.99 %

De los 70 pacientes encuestados predominó el género femenino a razón de 2:1, con un 67.14 % de mujeres y 32.85 % de hombres.

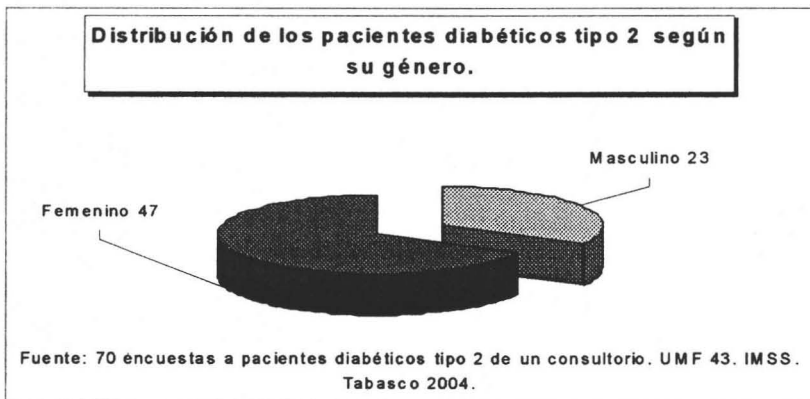




Tabla 4. Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según el estado civil.		
Estado civil	Núm. de Pacientes	Porcentajes
Solteros	2	2.85%
Unión libre	4	5.71%
Casados	45	64.28%
Separados	5	7.14%
Divorciados	1	1.42%
Viudos	13	18.57%
Total	70	99.97%

De los 70 diabéticos tipo 2 encuestados, el mayor porcentaje de 64.28 % es de casados, después el de viudos con un 18.57 %, le sigue el de separados con un 7.14 %, unión libre un 5.71 %, después solteros con un 2.85 % y por último el de divorciados con un 1.42 %.

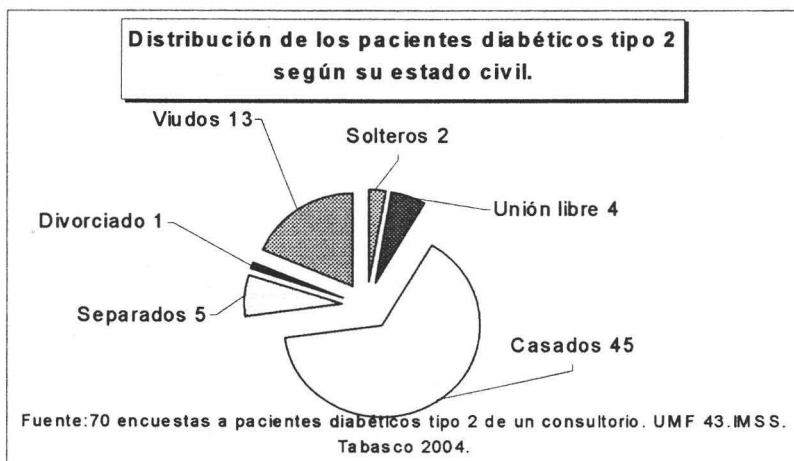


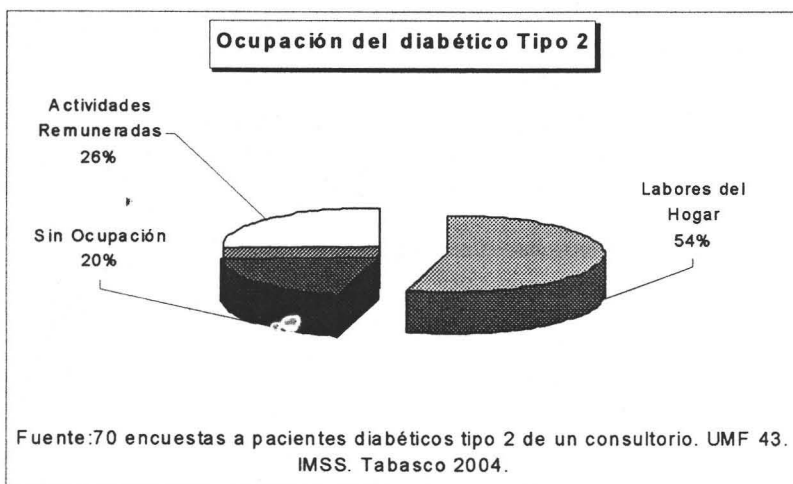
Tabla 5. Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según la escolaridad.		
Escolaridad	Núm. pacientes	Porcentajes
Analfabetos	8	11.42%
Saben leer y escribir	3	4.28%
Primaria incompleta	24	34.28 %
Primaria terminada	13	18.57%
Secundaria incompleta	2	2.85%
Secundaria terminada	9	12.85%
Bachillerato	7	10%
Licenciatura	4	5.71%
Total	70	99.96%

De los 70 diabéticos encuestados el mayor porcentaje 34.28% tiene primaria incompleta, y sólo el 5.71 % tiene nivel universitario.



Tabla 6. Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 por la ocupación.		
Ocupación	Número de pacientes	Porcentajes
Actividades remuneradas	18	25.71 %
Labores del hogar	38	54.28 %
Sin ocupación	14	20 %
Total	70	99.99 %

De los 70 pacientes diabéticos tipo 2 encuestados solo el 25.71 % está económicamente activo. El 54.28 % se dedica a labores del hogar, y el 20 % está sin ocupación.



Religión	Núm. Pacientes	Porcentajes
Católicos	57	81.42%
Pentecostés	3	4.28%
Adventistas	3	4.28%
Testigos de Jehová	2	2.85%
Presbiterianos	1	1.42%
Mormones	1	1.42%
Evangélico	1	1.42 %
No profesan alguna	2	2.85%
Total	70	99.94 %

De los 70 pacientes diabéticos tipo 2 encuestados el grupo mayor es de católicos con un 81.42 %

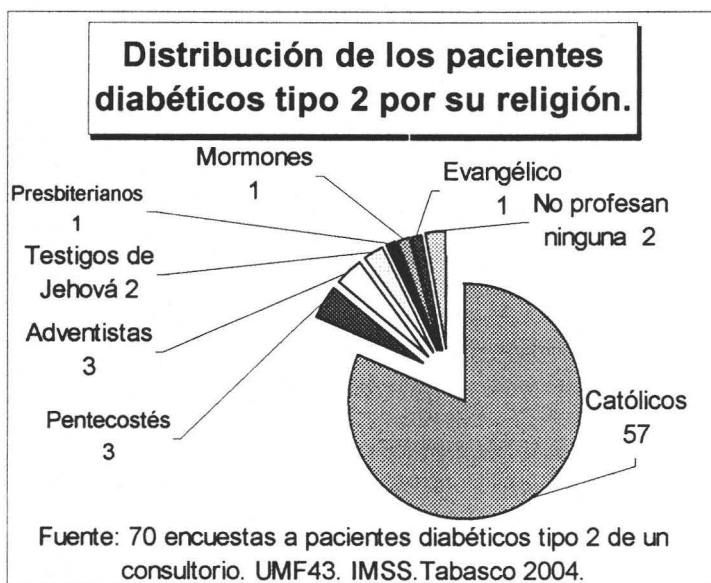
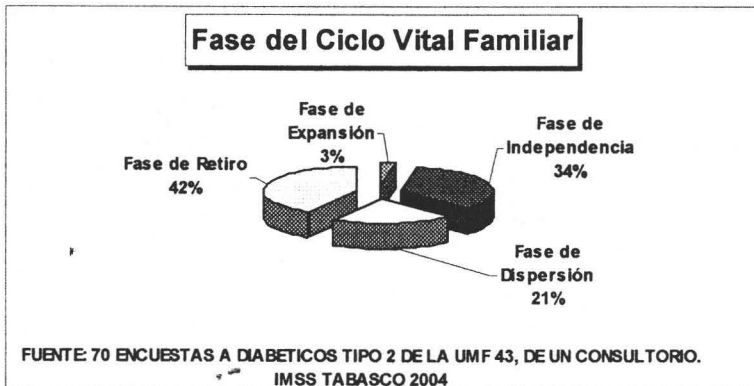


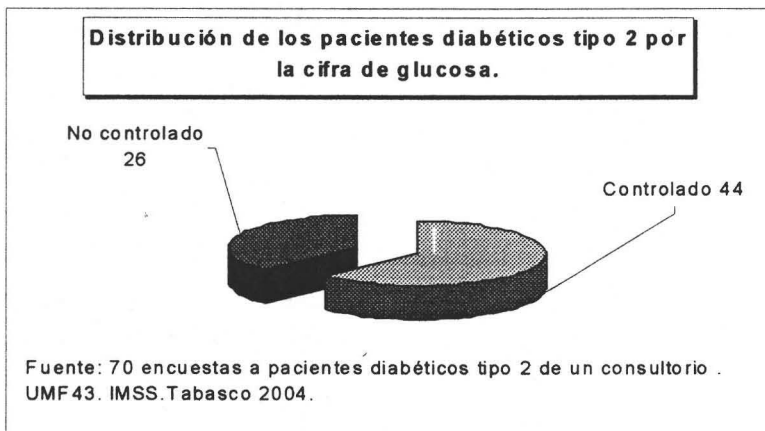
Tabla 8. Distribución de pacientes diabéticos por la fase del ciclo vital familiar.		
Fase del ciclo vital familiar	Número de pacientes	Porcentajes
Expansión	2	2.85 %
Dispersión	15	34.28 %
Independencia	24	21.42 %
Retiro	29	41.42 %
Total	70	99.97%

De los 70 pacientes encuestados el mayor porcentaje de 41.42 % pertenece a la fase de retiro, le sigue el de fase de independencia con un 21.42 %, dispersión 34.28 % y el menor de 2.85 % a la fase de expansión.



Cifra de glucosa	Número de pacientes	Porcentajes	Cifra de glucosa	Número de pacientes	Porcentajes
70-100 mg.	14	20 %	141-200mg.	13	18.57 %
101-110 mg.	3	4.28 %	201-300 mg.	10	14.28 %
111-140 mg.	27	38.57 %	301-350 %	3	4.28 %
Controlados	44	62.85 %	No controlados	26	37.13 %

De los 70 pacientes encuestados el 62.85 % tiene cifras de glucosa entre 70-140 mg/ DL., (controlados); y el 37.13 % tiene cifras de glucosa entre 141-350 mg/DL., (no controlados). Con un rango de 70 a 344 mg/DL., con una media de 149.04mg/DL.



Tiempo de evolución	Número de pacientes	Porcentajes
> 5 años	32	45.71 %
6-10 años	16	22.85 %
11-20 años	12	17.14 %
< 20 años	8	11.42 %
< 30 años	2	2.85 %
Total	70	99.97 %

De los 70 pacientes encuestados el 45.71 % tienen menos de 5 años de evolución, el 22.85 % entre 6-10 años, el 17.14 % entre 11-20 años, el 11.42 % más de 20 años, y el 2.85 % más de 30 años de evolución.

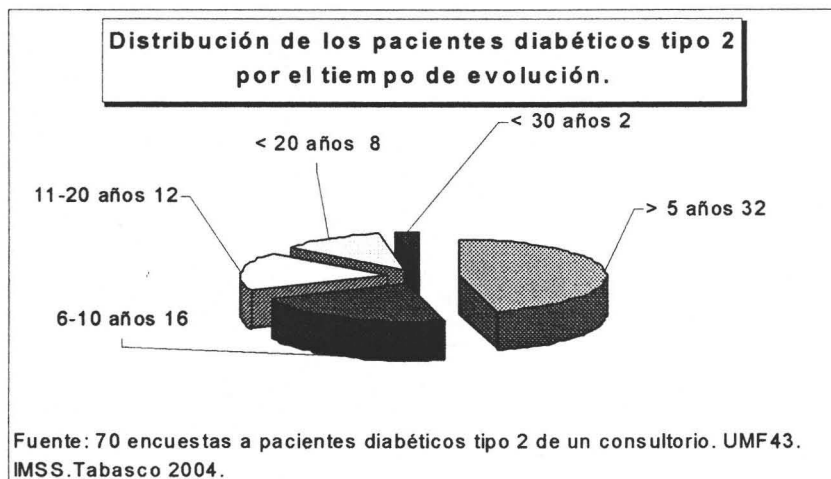
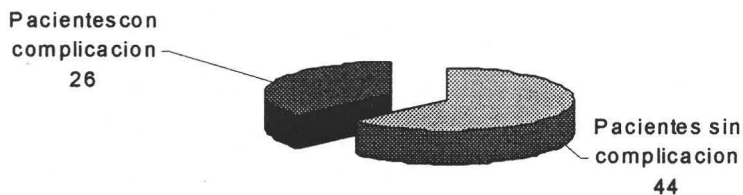


Tabla 11. Distribución de diabéticos tipo 2 por presencia de complicaciones.		
Número de pacientes con complicaciones	26	37.14 %
Número de pacientes sin complicaciones	44	62.85 %
Total	70	99.99 %

De los 70 pacientes diabéticos tipo 2 encuestados, el 62.85 % no tiene complicaciones, y el 37.14 % si tiene complicaciones.

**Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 por la presencia de complicaciones.**



Fuente: 70 encuestas a pacientes diabéticos tipo 2 de un consultorio. UMF43. IMSS. Tabasco 2004.



Tabla 12. Distribución de pacientes diabéticos tipo 2 por funcionalidad familiar.		
Número de pacientes con familias funcionales	52	74.28 %
Número de pacientes con familias disfuncionales	18	25.71 %
Total	70	99.99 %

De los 70 pacientes diabéticos tipo 2 encuestados el 74.28 % pertenecen a familias funcionales y el 25.71 % pertenecen a familias disfuncionales.

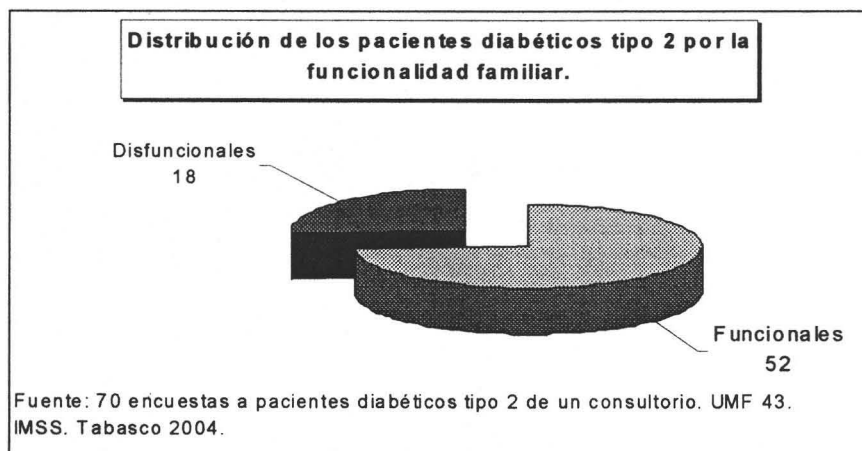
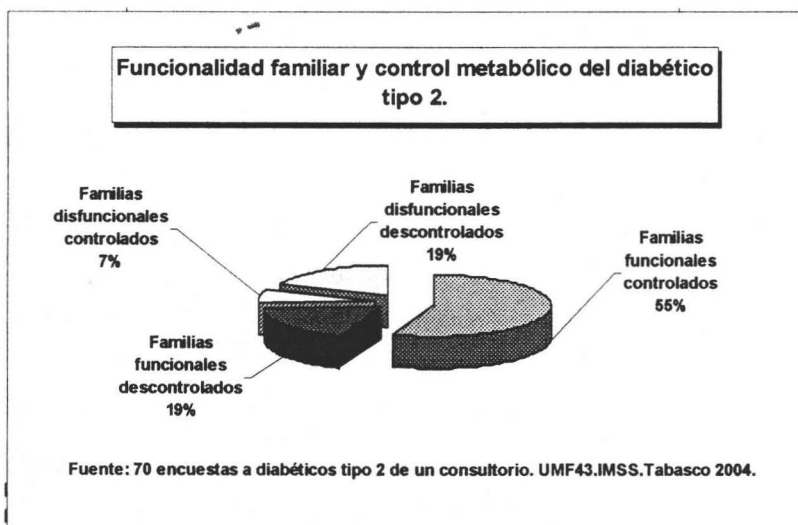


Tabla 13. Relación funcionalidad familiar y control metabólico de los diabéticos tipo 2.

Familias funcionales					
Pacientes controlados		Pacientes no controlados		Total	
39	55.71 %	13	18.57 %	52	74.28 %
Familias disfuncionales					
Pacientes controlados		Pacientes no controlados		Total	
5	7.14 %	13	18.57 %	18	25.71 %
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>62.85 %</b>	<b>26</b>	<b>37.14 %</b>	<b>70</b>

De los 70 diabéticos tipo 2 encuestados el 18.57 % que pertenece a familias funcionales no está controlado, y el 18.57 % que pertenece a familias disfuncionales tampoco está controlado. Siendo el mayor porcentaje de 55.71 % de pacientes controlados que pertenecen a familias funcionales. Y el menor porcentaje de 7.14 % de pacientes controlados que pertenecen a familias disfuncionales.



### Análisis estadístico para comprobación de la hipótesis.

Con la prueba de hipótesis de  $X^2$  se relacionaron las variables disfunción familiar y descontrol metabólico.

Chi cuadrada  $X^2$

$$X^2 = \text{Sumatoria } (O-E)^2 / E$$

Frecuencias observadas

Familia	Paciente con descontrol metabólico	Paciente con control metabólico	Total
Disfuncional	13	5	18
Funcional	13	39	52
Total	26	44	70

Frecuencias esperadas

Familia	Paciente con descontrol metabólico	Paciente con control metabólico	Total
Disfuncional	6.68	11.31	18
Funcional	19.31	32.68	52
Total	26	44	70

O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	(O-E) <sup>2</sup> /E
13	6.68	6.32	39.94	5.97
13	19.31	-6.31	39.81	2.06
5	11.31	-6.31	39.81	3.52
39	32.68	6.32	39.94	1.22

$$\text{SUMATORIA} = 12.77$$

$$X^2 = 12.77$$

$$X^2 \text{ calculada} = 0.05$$

$$GL = (R-1)(C-1) = (2-1)(2-1) = 1 \times 1 = 1$$

**El valor en tabla de  $X^2$  de un grado de libertad GL = 3.84**

Por lo tanto si el valor calculado de  $X^2$  es de 12.77 y el de la tabla es de 3.84 por ser mayor el resultado calculado con respecto al encontrado en las tablas, se aceptó la hipótesis alterna, es decir sí existe relación entre disfunción familiar y descontrol metabólico.

## DISCUSION,

La intención de este estudio fue conocer la funcionalidad familiar de la población diabética tipo 2 y su relación con el control metabólico. Los datos obtenidos muestran un elevado porcentaje de enfermos no controlados con familias disfuncionales; en éstas predominó la asociación aglutinado caótico en un 83.33% ( 15 familias), sobre la desligada rígida 5.55% ( 1 familia ), la desligada caótica, y la aglutinada rígida también con una familia cada una; esto nos habla de que aún cuando hay un alto grado de unión en esas familias, hay mucha dependencia y nadie ejerce la autoridad con firmeza, para hacer los cambios necesarios que la presencia de una enfermedad exige, que debe ser de común acuerdo entre los miembros de la familia. Se ve también que el grupo de edad más afectado es la que está en etapa productiva, cuando aún contribuyen en la economía familiar con el ejercicio del empleo. A diferencia del estudio de Valadez y col., en este estudio la mayoría de los pacientes están controlados; pero es coincidente en cuanto a que los enfermos en un alto porcentaje (75%) si ubican a su familia como funcional, aunque en aquel estudio se utilizó el APGAR FAMILIAR para la clasificación de la funcionalidad familiar.

En este estudio el porcentaje de familias disfuncionales en los pacientes diabéticos es menor 25.71%, en relación a l de Arriaga-Nava A, Lara-Ortega M, Gómez-Soto V. donde es del 39%.

Al igual que Gil-Alfaro, Pérez-Hernández en este estudio los mayores promedios de edad están en familias fases de independencia y retiro, con la diferencia de que en éste el 65.95% de esos pacientes están controlados; además no se encontró asociación entre descontrol metabólico y la pertenencia a esas fases del ciclo de vida familiar.

## CONCLUSIONES

Posterior al análisis de las 70 diabéticos tipo 2 del consultorio 2 de la UMF 43 del IMSS Tabasco, se encontró que existe una relación directa ente las disfunciones familiares y la presencia de pacientes diabéticos no controlados. Aunque no se tienen mediciones previas a la presencia del diabético en la familia y su funcionalidad, por la disfunción actual, se infiere que se tiene estudiar como tal y atender. La población encuestada es predominantemente urbana, con un rango de edad de 50 -59 años; el porcentaje del género femenino es mayor al del género masculino por lo que la ocupación que sobresale es la de labores del hogar, en su mayoría el estado civil es de casados, la escolaridad es baja con primaria no terminada, la religión que predomina es la católica, el grupo principal está en fase del ciclo vital familiar de retiro; el 62.85 % manejan cifras de glucosa de 70-140 mg/dl. ; el mayor número de pacientes tienen menos de 5 años de evolución con la enfermedad; el 37.14 % de los diabéticos en este estudio ya tiene complicaciones lo que nos habla de que en el grupo con menos de 10 años de evolución de la enfermedad ya algunos pacientes tienen complicaciones diabéticas, tal vez porque no se diagnosticó oportunamente la enfermedad, de ahí la importancia de la atención integral al paciente con un enfoque de prevención; el 75% de sus familias son funcionales, pero el menor número de pacientes controlados está en las familias disfuncionales.

Recomendaciones: Se considera muy importante que en todas las instituciones de salud con atención primaria, se dedique tiempo para hacer trabajo comunitario y participar con las familias, detectando aquellas disfuncionales, con pacientes descontrolados, e iniciar un seguimiento familiar, para que en cierta medida, además de contribuir a la solución de la necesidad que generó la consulta, propiciar el autocontrol, fomentar la prevención y detección de enfermedades a través de la educación para el cuidado de la salud. Así

atendiendo las disfunciones familiares que tienen algunos diabéticos, mejorarán su dinámica interna y se promoverán la salud familiar y el éxito social.

Es necesario trabajar con las familias disfuncionales, sobre todo en aquellas que tienen a un paciente con descontrol de su enfermedad, involucrando a todo el equipo de salud y a la familia del enfermo; es vital hacerlo porque la mayoría están en edades productivas para sus familias y la sociedad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martínez y Martínez R. La salud del niño y del adolescente. 3ª. edición México: JGH Editores México, 1995: 1172
2. Barquera, Simón. Prevención de la diabetes mellitus: Un problema mundial. Salud Pública Méx 2003; 45 (5): 413-414. ISSN 0036-3634.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la prevención y control de la diabetes mellitus. Guía de operación para el sistema de vigilancia epidemiológica. México: IMSS; 1999.
4. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, DOYMA, 1994.
5. De la Revilla L. La disfunción Familiar. Aten Primaria 1992; 10(2): 82-83
6. Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina familiar. 7ª. ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p. 103-140
7. Hidalgo CG, Rodríguez J. Perfil de Funcionamiento Familiar según el Test "Como es su familia" para uso clínico. Revista PSYKE 1998; 7(2): 75-84
8. Olson DH, McCubbin HI, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. Family Inventories. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota, 1985
9. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. Family Process 1983; 22: 69-83),.
10. Olson DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov CJ (compiladora), Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991.



11. Olson DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* 1979; 14: 1-35.
12. Polaino-Lorente A, Martínez Cano P. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. España: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Ediciones Rialp, S.A. 1998 a
13. Polaino-Lorente, A & Martínez-Cano, P. Como Evaluar el Funcionamiento Familiar. España: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Servicio Publicación de Universidad de Navarra S.A., 1998 b
14. Portner J. Parent-adolescent relationships: Interactions types and the circumplex model. Unpublished dissertation. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota, 1981
15. Bell R. Parent-adolescent relationships in families with a runaway: Interaction Types and de Circumplex Model. Unpublished dissertation. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota, 1982
16. Valadez-Figueroa I, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública Méx*, sept./oct. 1993; 35 -5: 464-470.
17. Arriaga-Nava A, Lara-Ortega M, Gómez-Soto V. Funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2003 edición especial 2.
18. Huerta -Martínez N, Valadés-RivasB, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción

familiar en una clinica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México.

ArchMedFam 2001; 3(4): 95-98.

19. Gil-Alfaro I, Pérez-Hernández C. Perfil de la familia del diabético: Características sociodemográficas y clínicas. ArchMedFam 2002; 4 (3): 95-98.

20. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas. México: SSA; 2002.

21. Guerrero RJ, Rodríguez MM. Complicaciones relacionadas con la mortalidad por la diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple. Med Interna Méx 1997;13(6):263-267

22. CODEIM: Coordinación de informática médica del IMSS, Delegación Tabasco.

**Anexo 1**

FACES III Versión familiar David H. Olson

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

Describa a su familia	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo 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 nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus 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 quién tiene la autoridad					

19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

Nombre
Domicilio
Edad
Género
Estado civil
Escolaridad
Ocupación
Religión
Fase del ciclo vital familiar
Glucosa
Año de diagnóstico
Complicaciones
Fecha

**Anexo 2**

FACES III Puntaje lineal e interpretación					
Cohesión			Adaptabilidad		
8	50 48	Aglutinado	8	50 41	Caótica
7	47 46		7	40 30	
6	45 43	Conectado	6	29 27	Flexible
5	42 41		5	26 25	
4	40 38	Separado	4	24 23	Estructurada
3	37 35		3	22 20	
2	34 25	Desligado	2	19 15	Rígida
1	24 10		1	14 10	

Anexo 3

Cohesión

Desligado	Separado	Conectado	Aglutinado
<b>Desligado caótico</b> 2	<i>Separado caótico</i> 8	<i>Conectado caótico</i> 9	<b>Aglutinado caótico</b> 3
<i>Desligado flexible</i> 7	<u>Separado flexible</u> 14	<u>Conectado flexible</u> 15	<i>Aglutinado flexible</i> 10
<i>Desligado estructurado</i> 6	<u>Separado estructurado</u> 13	<u>Conectado estructurado</u> 16	<i>Aglutinado estructurado</i> 11
<b>Desligado rígido</b> 1	<i>Separado rígido</i> 5	<i>Conectado rígido</i> 12	<b>Aglutinado rígido</b> 4

**Disfuncionales**  
*Moderadamente funcionales*  
Funcionales

**Anexo 4**

**Carta de consentimiento informado.**

Yo \_\_\_\_\_ acepto voluntariamente sin presión de ninguna especie contestar la encuesta FACES III, después de haber sido informado que será usado en un proyecto de investigación titulado: Correlación entre disfunción familiar y descontrol metabólico en la población diabética tipo 2 de un consultorio de Medicina Familiar; que llevará a cabo la doctora Carmen Galeana Peralta, en este año, en el cual no se publicará mi nombre; en dicha encuesta describiré las características de mi sistema familiar, para poder clasificarla como funcional o disfuncional.

Nombre y firma  
Aceptante

Nombre y firma  
Testigo

Nombre y firma  
Testigo

Villahermosa Tabasco, a

de

del 2004

**Anexo 5**

**CRONOGRAMA 2004**

Actividad	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Presentación de protocolo					
Prueba piloto					
Recopilación de datos de la muestra					
Análisis de resultados					
Presentación de resultados					
Revisión del estudio					
Autorización para Tesis					