



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HERMOSILLO, SONORA.**

**“ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE CONTROL
DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2.**

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

DRA. ELIZABETH CASTRO BONILLA.

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2007



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.

“ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE CONTROL
DEL PACIENTE DIABETICO TIPO2”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA.ELIZABETH CASTRO BONILLA.

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
UNAM.

“ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE CONTROL
DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2”

PRESENTA:

DRA.ELIZABETH CASTRO BONILLA.

AUTORIZACIONES:

DR. EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
Y ASESOR DEL TEMA DE TESIS.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR. MIGUEL NORZAGARAY.
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.

DR. JESÙS RAMON MORENO DÌAZ.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2007

AGRADECIMIENTO

A DIOS

A ti agradezco que me hayas dado vida y salud, y porque nunca me dejaste flaquear ni perder la fe en los momentos más difíciles.

A MIS PADRES.

Quienes lo han dado todo por mí y a quienes les debo lo que soy.

A MI ESPOSO E HIJOS.

Por ser el sostén de mi vida e inspiración para seguir adelante, y con quienes he dejado de compartir tiempo para lograr esta meta.

DR. EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA.

Quiero darle las gracias por su paciencia, apoyo brindado en todo momento. Y por aquellas sugerencias desafiantes y acertadas que contribuyeron a darle forma a este proyecto.

A MIS AMIGOS

Elvira, Martha, Jovita, Marypaz, Angelina, Lupita, Dinora, Alberto, Jesús, por su amistad y apoyo incondicional.

INDICE.

INTRODUCCIÒN.

CAPITULO I. MARCO TEÒRICO.	10
1.1 Definición de diabetes mellitas.	10
1.2 Diabetes mellitus tipo 2 en México.	11
1.3 Criterios diagnòsticos.	11
1.4 Tratamiento al interior de la familia.	12
1.5 Instrumentos de evaluaciòn familiar.	14
1.6 Estructuras familiares.	15
CAPITULO II. MATERIALES Y METODOS.	18
2.1 Planteamiento del problema.	
2.2 Objetivos.	18
2.3 Hipòtesis.	18
2.4 Justificaciòn.	19
2.5 Tipo de estudio.	19
2.6 Criterios de inclusiòn y exclusiòn.	19
2.7 Tamaño de la muestra.	19
2.8 Variables.	20
2.9 Instrumentos de recolecciòn de datos.	20
2.10 Estrategia de aplicaciòn del instrumento de recolecciòn de datos.	21 21
2.11 Descripciòn general del estudio.	21
2.12 Control del paciente diabético en la familia.	21
2.13 Captura y procesamiento de la informaciòn.	22
2.14 Análisis estadístico de los datos.	22

2.15 Resultados.	22
2.15.1 descripción general de variables.	22
2.15.2 Correlación de variables de interés.	25

CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	29
---	----

3.1. discusión.	29
3.2. conclusiones.	30
3.3. recomendaciones.	30

BIBLIOGRAFIA.

ANEXOS.

INTRODUCCIÓN.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud, o en la aparición de las enfermedades entre sus miembros. Con base de que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La familia acorde a sus posibilidades; debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social

La familia ha ido ocupando un lugar importante en el interés investigativo del equipo de salud y más en particular el vínculo que se establece entre la salud familiar y el proceso salud- enfermedad. .

En medicina familiar es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar.

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo; por esta razón es importante identificar los factores demográficos, estructurales, de etapa del ciclo vital, patología familiar, redes de apoyo y su relación con la prevención de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia.

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia; e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.

En el control del paciente diabético intervienen variables psicológicas que influyen en la fluctuación de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de la familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica,

El incremento exponencial de la Diabetes Mellitus obliga al médico familiar a reconocer además de los aspectos biológicos, otros factores como los hábitos, estilos de vida, nivel socioeconómico y recursos disponibles que involucren al individuo y a la familia con la Diabetes Mellitus; de ésta manera el médico familiar estará en condiciones de desarrollar estrategias, de intervención efectiva, jerarquizando y estableciendo prioridad en su práctica médica

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el médico familiar tanto en la precisión diagnóstica, lo que constituye el objetivo único y primordial de este trabajo como en la orientación-psicodinámica e integración que exige el tratamiento.

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estadios de salud favorable a estas. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros.

Para reafirmar éste criterio se requiere apoyarse en el concepto de salud brindado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde concibe ésta, no solo como ausencia de síntomas, sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social. La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual.

.

Se estudiaron pacientes Diabéticos tipo 2, de la unidad de medicina familiar No 2 de Hermosillo, Sonora. Se les aplicó el cuestionario de APGAR familiar para determinar la funcionalidad familiar.

El objetivo del estudio, fue identificar la asociación entre funcionalidad familiar y grado de control del paciente Diabético tipo 2.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo

Se seleccionaron 75 pacientes diabéticos tipo 2, que reunieran los criterios de inclusión

Resultados el 76% fueron familias funcionales y el 24% correspondió a familias disfuncionales predominó el sexo femenino, no hubo diferencias estadísticas entre familias funcionales y disfuncionales con respecto a la glucemia en ayunas ($p>0.63$).

Con los resultados de hemoglobina glucosilada (HBA/c) igualmente no hubo diferencias estadísticas ($p>0.45$).

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Definición de Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina, de la actividad inadecuada de esta hormona, o bien de la coexistencia de las condiciones anteriores.

Dada su complejidad, la dificultad de su control y las complicaciones que se producen cuando este control no se logra, la Diabetes Mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico que representa una de las principales causas de consulta en atención primaria y un reto para su tratamiento. (1).

El incremento exponencial de la Diabetes tipo 2, obliga al médico familiar a reconocer además de los aspectos biológicos, otros factores como los hábitos, estilos de vida, nivel socioeconómico y recursos disponibles que involucran al individuo y a la familia: de esta manera el médico familiar estará en condiciones de desarrollar estrategias de intervención efectiva, jerarquización y establecer prioridades en su práctica médica. (2).

La Diabetes Mellitus sobre todo la tipo 2 (90% de los casos), es una enfermedad en franca expansión, la epidemia del siglo XXI, se calcula que para el año 2025 afectará a 300 millones de personas en todo el mundo, un incremento del 122% respecto a 1990. Un individuo con Diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de apoyo y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. (3)

Las características de las familias cobran especial interés ante padecimientos como la diabetes mellitus, enfermedad crónica de distribución mundial que afecta a niños y adultos, cuya magnitud y trascendencia es tan importante que varias revistas monotemáticas están dedicadas al problema.

Si bien se ha profundizado en la etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la diabetes y continúan las investigaciones al respecto, son pocas las incursiones en los aspectos psicosociales y su relación con la enfermedad.

Estas últimas se han enfocado a determinar cuál sería el reforzador al apego al tratamiento, su repercusión en la personalidad o en el desempeño global, de igual forma ha sido abordada la relación entre el funcionamiento familiar y el control de la diabetes.

1.2. Diabetes Mellitus en México.

En México, la magnitud de la Diabetes tipo 2 es por demás importante; el 48% de los individuos mayores de 35 años la padecen y el 1% de la población general; además constituye la cuarta causa de muerte (4).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa el segundo lugar en la demanda de consulta en medicina familiar y el primer lugar en la especialidad troncal, constituye la primera causa de ingreso y egreso hospitalario e incide de forma significativa en la tasa de mortalidad (2).

Las características clínicas de las personas con Diabetes tipo 2 es esencial para realizar su evaluación de forma integral y ofrecer un tratamiento médico individualizado, de acuerdo con el comportamiento fisiológico, heterogéneo del problema. (5).

1.3. Criterios diagnósticos.

De acuerdo a los nuevos criterios internacionales, incluyendo la NOM-015-SSA para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes, la curva de la tolerancia a la glucosa oral es prácticamente una prueba obsoleta para fines diagnósticos, siendo reemplazada por la prueba de la glicemia basal, que es de <126mg/dl y postprandial de <200mg/dl

Dada la implicación médica, psicológica, económica, laborales y sociales sobre el paciente y el sistema de salud, resulta indispensable mejorar la confiabilidad diagnóstica, para la cual se ha demostrado que la determinación de la hemoglobina glicosilada, a través de la prueba HBA/c <6.5 % con métodos

cromatográfico certificado, es definitivamente la mejor opción, en términos de confiabilidad, costo y beneficio (6).

GLUCEMIA EN AYUNAS. (MG/DL)	BUENO	REGULA	MALO.
	<110mg/dl	110-140 mg/dl	>140mg/dl
HBA/c	<6.5% mg/dl	6.5-8 mg/dl	>8 mg/dl

1.4. Tratamientos al interior de la familia.

El tratamiento de Diabetes tiene como propósito aliviar síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. (7).

La familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como en su entorno. La adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en la que se encuentra, el momento de la vida del paciente, el lugar que este ocupe en la familia y el tipo de enfermedad y sus tratamientos. La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que presenta periodos de vida normal a pesar de los cambios en el estilo de vida que se requieren para tener un buen control; en ocasiones presenta periodos que requieren intensos cuidados médicos y familiares, pues la vida del paciente pudiera estar en riesgo. (8)

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se da la segunda, proveen sensación de bienestar y el apoyo que permiten el soporte emocional como vínculo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al paciente (9)

La tendencia de la investigación y la intervención en la familia como grupo social se contrapone a una larga tradición epidemiológica, que considera a la familia como factor protector y de apoyo, sin embargo también puede ser considerada

como generadora de patología. Por lo que el buen funcionamiento familiar esta relacionado con una conveniente integración de la familia, adecuada autoestima y sistema de apoyo social. De igual manera el estrés crónico tanto individual como familiar ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, aunque depende de la capacidad de adaptación del individuo y la familia contengan; en ello influyen varios aspectos de esta ultima, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma; de esta manera, la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades (10)

A la hora de hablar del funcionamiento familiar se encuentra que no existe un criterio único de los indicadores que la midan. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no tienen la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como característica disfuncional la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. (11).

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás, en cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que recibe el paciente al evaluar la función familiar (12).

1.5. Instrumentos de evaluación familiar.

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de las familias de riesgo.

El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, ofrece una correlación alta con pruebas especializadas, proporciona datos que indican la integridad de componentes importantes de la función familiar. (13).

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en la función de la glucemia.

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica (14, 15).

Los componentes del APGAR familiar son.

ADAPTACIÓN. Que se basa en la resolución de los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada por un conflicto durante periodo de crisis.

PARTICIPACIÓN. Es el poder que tienen todos los miembros de la familia para compartir, como socios, toma de decisiones y responsabilidades.

CRECIMIENTO. Es el logro de la madurez emocional y física, así como un correcto auto relación de los miembros de la familia.

AFECTO. Es la relación amorosa y atención que existe entre los miembros de la familia.

RESOLUCIÓN. Compromiso o dedicación en tiempo espacio dinero a los otros miembros de la familia.

Las respuestas son: casi siempre, a veces o nunca.

Se considera como familia funcional aquella que el APGAR se ubica entre 7-10 puntos, disfunción moderada entre 04-06 y disfunción grave entre 00-03. (16)

Estructura familiar, conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Función de los familiares son tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. (17).

1.6. Estructuras familiares.

La estructura familiar puede influir en alguna medida en la aparición de las crisis, pero no es determinante, pues existen otros elementos que son los determinantes en su aparición como el funcionamiento familiar, la comunicación, los lazos de afecto y el cariño entre los miembros de la familia.

Hay autores que plantean que la magnitud, frecuencia y repercusión de las crisis familiares, dependen en gran medida del poder resolutivo de la familia para enfrentarlos y superarlos. (18).

.Se define como familia disfuncional aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo.

La familia en crisis no es necesariamente disfuncional; el hecho de vivir una crisis no es sinónimo de causa de disfunción familiar, sino del modo de enfrentar las pérdidas. (19).

La influencia familiar ante la patología crónica degenerativa depende de varios factores, los cuales se conjugan con la acción propia del médico familiar para dar por resultado un manejo integral eficaz.

Factores que influyen en la relación de la familia ante la enfermedad.

Tipo de familia.

Educación de cada miembro.

Etapa del ciclo vital familiar.

Funcionalidad familiar.

Idea sobre la salud frente a enfermedad específica.

Actitud de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos. (20).

Al ser la participación de los miembros de la familia un factor determinante en el cuidado de los adultos mayores o con enfermedad invalidante o crónica, una falla en el desempeño familiar pudiera traducirse en interrupción de la atención a tratamiento médico, y predisponer a sus miembros más vulnerables a éstas enfermedades. (21).

La familia como conglomerado social constituye un grupo primario de fundamental importancia en nuestra sociedad.

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el médico familiar, tanto en la precisión diagnóstica, lo que constituye el objetivo único y primordial de nuestro trabajo ---como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento. (22).

La familia ofrece al ser humano que nace el ambiente adecuado para crecer y desarrollarse, es un sistema dinámico en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el otro, y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad.

El funcionamiento familiar está más relacionado a propiedades sistémicas y transaccionales del sistema familiar que a características intrapsíquicas individuales de los miembros de la familia y su función primordial es la de mantener el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, y su funcionamiento debe considerarse al ver como organiza su estructura y los recursos a su disposición. (23)

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud, o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La intervención y la comprensión de la familia pueden ser determinante en el seguimiento de los tratamientos médicos y/o quirúrgicos (24).

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación, y la resolución de conflictos. (25)

CAPITULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.

2.1. Planteamiento del problema.

Como antecedentes para el planteamiento del problema, es importante recordar que dado el incremento exponencial de la Diabetes tipo 2, obliga al médico familiar a reconocer además de los factores biológicos, como sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemias, otros factores como los hábitos, estilos de vida, nivel socioeconómico y recursos disponibles, que involucran al individuo y la familia, así como la funcionalidad familiar.

La asociación entre control de Diabetes tipo2 y dinámica familiar ha sido poco estudiada, pero en esta localidad (Sonora) no ha sido estudiada, por lo tanto es pertinente realizar una investigación para conocer si la funcionalidad familiar, está asociada con el descontrol del paciente diabético, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta o motivación para que un paciente diabético lleve un mejor control de su Diabetes, por lo que el problema se puede plantear de la siguiente manera: ¿Existe asociación entre la funcionalidad familiar y el grado control del paciente diabético tipo 2? .

2.2 Objetivos.

General

Determinar si la funcionalidad familiar y el control del paciente diabético tienen cierto grado de asociación.

Específicos

Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y el control metabólico del paciente diabético en función de una serie de variables (edad, sexo, tipo de familia)

Secundarios

Recomendar a los familiares de pacientes diabéticos los cuidados y atención que estos deben de tener para poder llevar una vida de mejor calidad, lo anterior se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No2, del IMSS, en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

- a) Socializar los hallazgos de este estudio entre la comunidad de médicos familiares e internistas del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

2.3. Hipótesis.

Ho: (Hipótesis nula) No existen diferencias en el control metabólico en los pacientes con familias funcionales y pacientes con familias disfuncionales $X^1 = X^2$

Ha: (Hipótesis alternativa) Si existen diferencias en el control metabólico en los pacientes con familias funcionales y pacientes con familias disfuncionales $X^1 \neq X^2$

2.4. Justificación.

Se realizó el presente estudio para conocer si la funcionalidad familiar está asociada con el descontrol del paciente diabético, ya que el aspecto emocional y la convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta o motivación para que un paciente diabético lleve un mejor control de su Diabetes.

2.5. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo.

2.6. Criterios de inclusión y exclusión.

Se estudiaron pacientes diabéticos tipo 2 que tuvieran más de 5 años de diagnóstico, que pertenecieran a una familia nuclear o extensa y de cualquier edad y sexo, de la población que acude regularmente a la consulta externa del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Hermosillo, Sonora, entre el 1 de junio y 30 de junio 2006. Se excluyeron a pacientes con diabetes tipo 1, que vivan solos, con patologías como

hipotiroidismo, psiquiátricos, de reciente diagnóstico y que no acepten participar en el estudio

2.7. Tamaño de la muestra.

Para los fines de cálculo de tamaño de la muestra se determinó, con un nivel de confianza del 95% y de significancia del 0.05%; obteniéndose un tamaño mínimo de 63 pacientes con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N * Z^2 \text{ alfa} * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 \text{ alfa} * p * q}$$

Donde:

N= total de la población

Z² alfa = 1.95 (seguridad 96%)

P= proporción esperada 5% (0.05)

q= 1-p (1- 0.05= 0.95)

d= precisión del 5% (0.05)

n= tamaño de la muestra.

$$N = \frac{(500) (1.95^2) (0.15) (0.95)}{(0.05^2) (500-1) + (1.95^2) (0.05) (0.95)}$$

Tamaño de la muestra 63

2.8. Variables

Variable dependiente: funcionalidad familiar

Variable independiente: control metabólico de la enfermedad

2.9. Instrumento de recolección de datos.

Para llevar a cabo esta investigación de inicio se aplicó el cuestionario mencionado como APGAR familiar, a los diabéticos que aceptaron participar en el estudio para evaluar la funcionalidad familiar.

2.10. Estrategia de aplicación del Instrumento de recolección de datos.

Teniendo en cuenta los resultados del cuestionario para evaluar funcionalidad familiar, los pacientes fueron distribuidos en 2 grupos: uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción, se consideró que existe funcionalidad familiar cuando el cuestionario para valorar la funcionalidad familiar se obtuviera un resultado del APGAR entre 7-10; y disfunción familiar cuando el resultado del APGAR familiar es menor de <7.

2.11. Descripción general del estudio.

Una vez que el proyecto de investigación sea revisado y aprobado por el Comité local de Investigación. Se entrevistó al Director de la UMF no 2 del IMSS para plantearle e informarle sobre este proyecto, solicitándole su autorización.

Posteriormente se solicitó a los compañeros médicos de la consulta externa del turno vespertino, que enviaran a sus pacientes diabéticos tipo 2 con resultados de Hemoglobina glicosilada y glucemia en ayunas de el último mes.

Se realizó familiograma para determinar el grupo de estudio y se procedió a aplicar cuestionario de APGAR familiar, al recavar la información para valorar la funcionalidad familiar.

Terminado el estudio se dieron a conocer los resultados obtenidos a los compañeros en el aula de clases de la UMF no 37 del IMSS.

2.13 Control de pacientes diabéticos en la familia.

Para los efectos de este estudio se consideraron 2 niveles del grado de control indicador, construido al agrupar en una sola variable las cifras de glucemia obtenidas en ayuno y las cifras de hemoglobina glucosilada. Los resultados se expresan como controlados o no controlados.

obtenidas en ayuno y las cifras de hemoglobina glucosilada. Los resultados se expresan como controlados o no controlados.

Se consideró que un paciente diabético estaba controlado cuando los resultados de las mediciones de las variables reportaron las siguientes cifras.

Glucemia en ayunas < 110 mg/dl

Hb glucosilada < 6.5 mg/dl.

2.13. Captura y procesamiento de la información.

Mediante una encuesta prospectiva realizada en la UMF no 2 del IMSS en Hermosillo Sonora, entre el periodo comprendido del 2 de abril al 31 de julio 2006; se estudiaron pacientes diabéticos tipo 2 de la población que acude regularmente a la consulta externa. Para llevar a cabo esta investigación de inicio se aplicó el cuestionario mencionado Como APGAR familiar, anexo (1) a los diabéticos que aceptaron participar en el estudio, para evaluar funcionalidad familiar Se realizó el familiograma para evaluar la estructura familiar.

2.14. Análisis estadístico de los datos.

Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva, con frecuencias simples para las variables nominales y medidas de tendencia central y de dispersión de las variables numéricas, en cuanto a la metodología estadística, se utilizó el análisis de χ^2 para comparar las proporciones de variables categoricas y el estadístico de prueba "t de Student" para comparar los valores numéricos, con un valor estadístico significativo ($p < 0.05$), con el paquete estadístico SPSS-10.

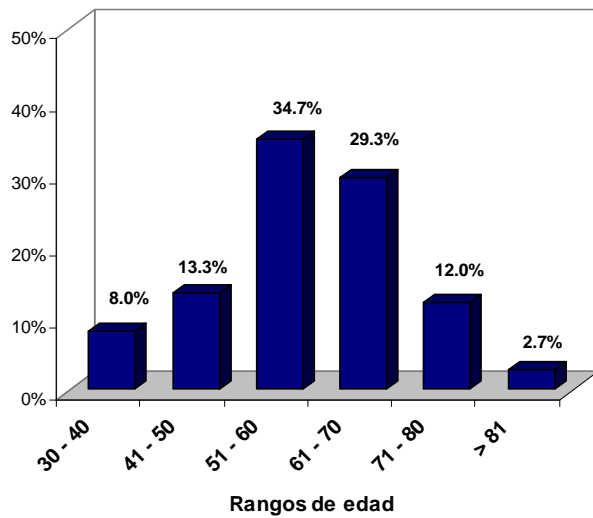
2.15. Resultados.

2.15.1. Descripción general de variables.

- *Edad*

La edad promedio de los pacientes fue 59 ± 11.8 años, en un rango entre 30-86 años, el 45% de la muestra tenia al menos 60 años.

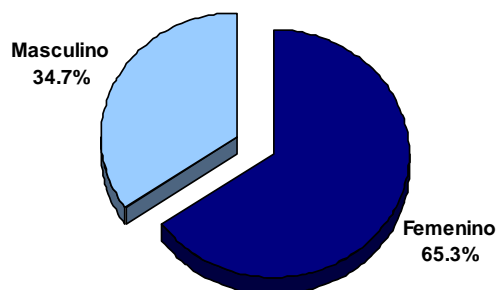
Rango	Pacientes	%
30 - 40	6	8.0%
41 - 50	10	13.3%
51 - 60	26	34.7%
61 - 70	22	29.3%
71 - 80	9	12.0%
≥ 81	2	2.7%
Total	75	100%



- **Sexo**

El sexo femenino fue el que predominó con el 65.3% y el masculino con 34.7%.

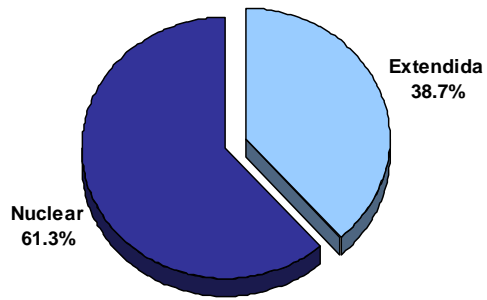
	Pacientes	%
Femenino	49	65.3%
Masculino	26	34.7%
Total	75	100%



- **Tipo de familia**

El tipo de familia más común en el estudio fueron las familias nucleares con el 61.3% de los casos, las familias extendidas se presentaron en el 38.7%.

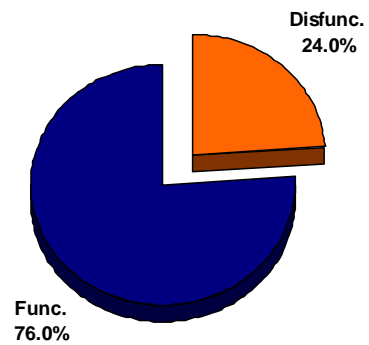
	Pacientes	%
Extendida	29	38.7%
Nuclear	46	61.3%
Total	75	100%



- *Resultados de APGAR familiar*

El 24% de las familias incluidas en el estudio eran disfuncionales, mientras que el 76% eran familias normales.

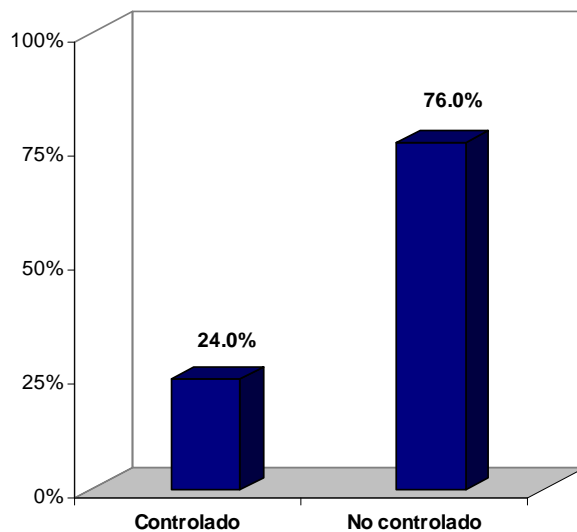
	Pacientes	%
Disfuncional	18	24.0%
Funcional	57	76.0%
Total	75	100%



- *Resultados de glicemia en ayunas*

El 76% de la muestra del estudio presentó niveles no controlados de glicemia en ayunas, el 24% de los pacientes presentaron niveles controlados.

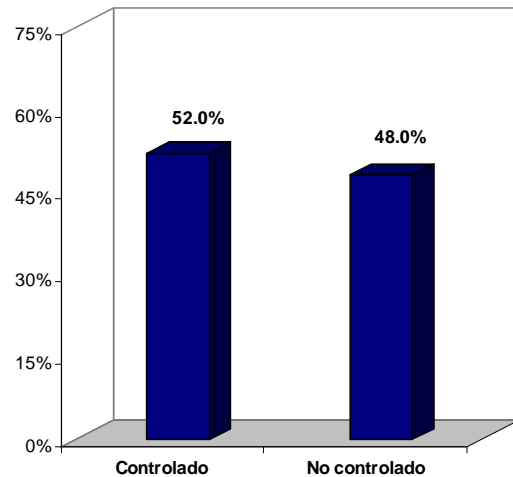
Glicemia	Pacientes	%
Controlado	18	24.0%
No controlado	57	76.0%
Total	75	100%



- *HB Glucosidada*

El 48% de la muestra del estudio presentó niveles no controlados de HB Glucosidada, el 52% de los pacientes presentaron niveles controlados.

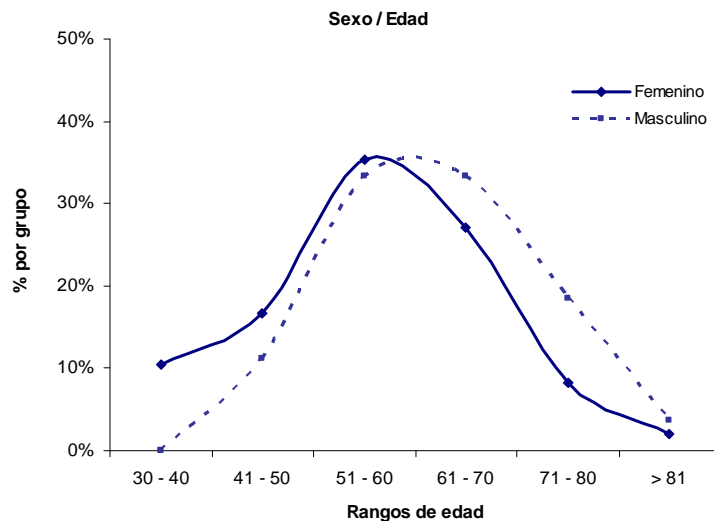
HB		
Glucosidada	Pacientes	%
Controlado	39	52.0%
No controlado	36	48.0%
Total	75	100%



2.15.2. Correlación de variables de interés.

- *Sexo-Edad*

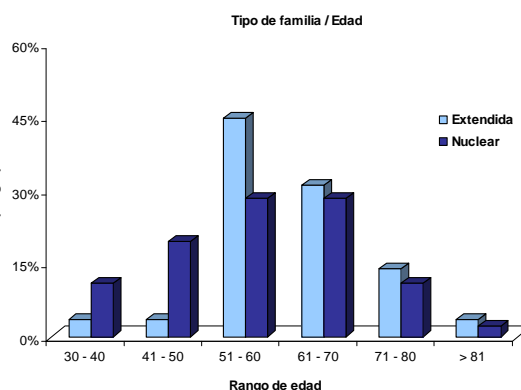
Se compararon las edades de hombres y mujeres, encontrándose que no hay diferencias significativas entre las edades ($p > 0.12$), los dos géneros tenían la misma edad promedio.



- *Edad – Tipo de familia*

Se encontró que existen diferencias significativas entre los dos tipos de familias y la edad promedio de los encuestados ($p \leq 0.05$), los encuestados que pertenecían a una familia nuclear tenían mayor edad ($X=62$ años) y los pacientes con familia extendida tenían menos edad ($X=57$ años).

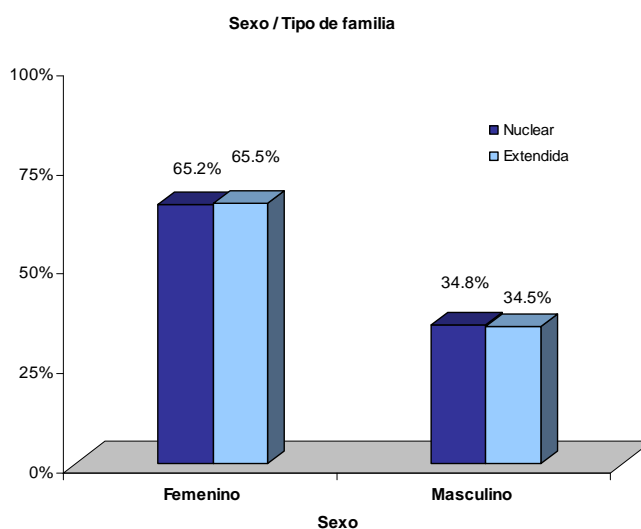
Rango de edad	Extendida		Nuclear	
	Pac.	%	Pac.	%
30 - 40	1	3.4%	5	10.9%
41 - 50	1	3.4%	9	19.6%
51 - 60	13	44.8%	13	28.3%
61 - 70	9	31.0%	13	28.3%
71 - 80	4	13.8%	5	10.9%
≥ 81	1	3.4%	1	2.2%
Total	29	100%	46	100%



- *Sexo – Tipo de familia*

No hubo relación significativa entre los sexos y el tipo de familia al que pertenecen, esta variable no hizo distinción en el tipo de género de los pacientes en la muestra ($p > 0.05$).

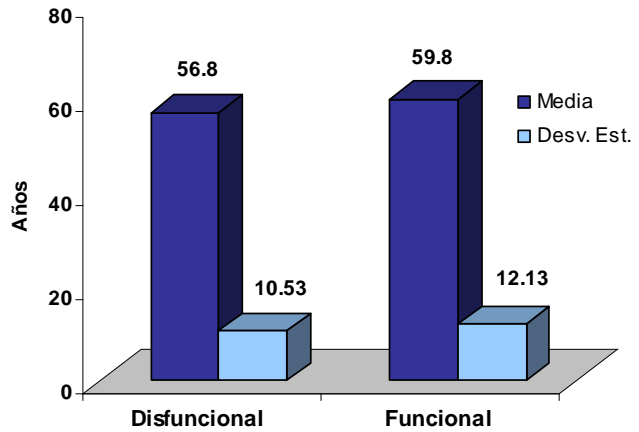
	F. Nuclear	F. Extendida
Femenino	65.2%	65.5%
Masculino	34.8%	34.5%
Total	100%	100%



- *Resultado de APGAR Familiar – Edad*

No hubo diferencias significativas en la edad promedio de los dos tipos de familias ($p>0.35$).

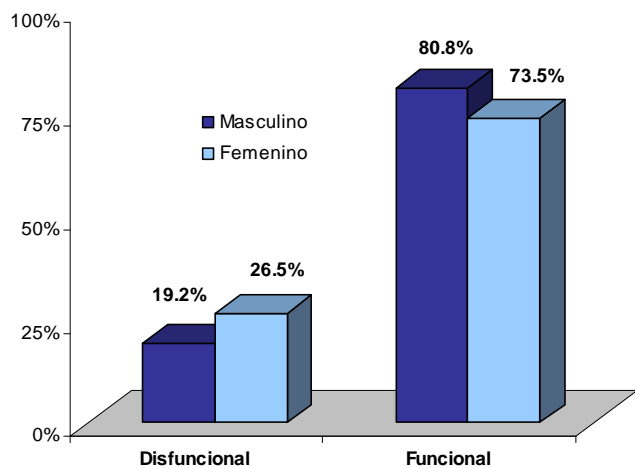
	Edad	
	Media	Desv. Est.
Disfuncional	56.8	10.53
Funcional	59.8	12.13



- *Resultado de APGAR Familiar – Sexo*

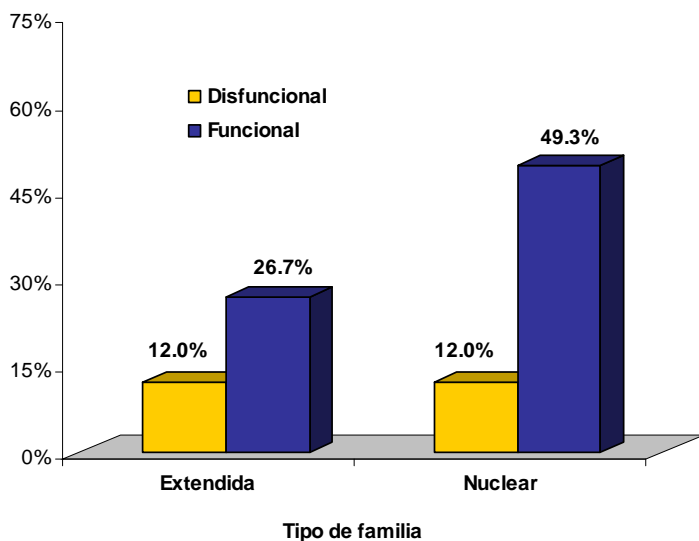
No hubo diferencias entre hombres y mujeres en relación el Apgar familiar, fue igual entre hombres y mujeres la funcionalidad y disfuncionalidad familiar ($p>0.05$).

	Masculino	Femenino
Disfuncional	19.2%	26.5%
Funcional	80.8%	73.5%
Total	100%	100%



- *Resultado de APGAR Familiar – Tipo de familia*

No hay diferencias significativas entre los resultados del APGAR (funcionales disfuncionales) y los tipos de familias, las proporciones de familiar extendidas disfuncionales y familias nucleares también disfuncionales son semejantes ($p>0.52$).

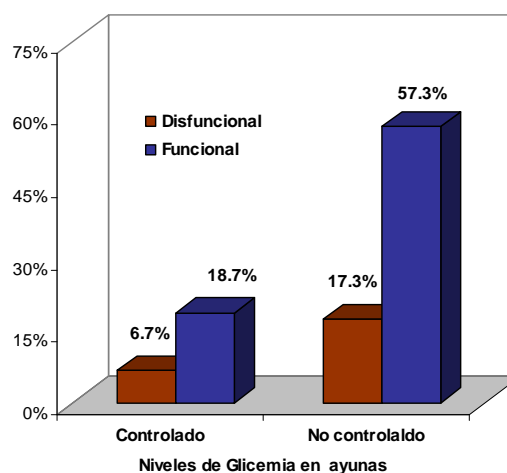


	Extendida	Nuclear
Disfuncional	12.0%	12.0%
Funcional	26.7%	49.3%

- *Resultado de APGAR Familiar – Glicemia en ayunas*

No existen diferencias entre los pacientes disfuncionales y funcionales en el control de los niveles de glicemia en ayunas ($p>0.63$).

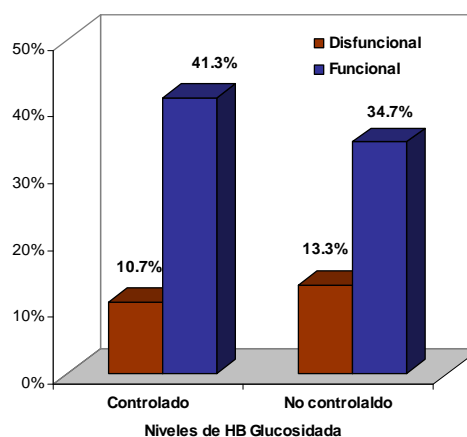
	Controlado		No controlado	
Disfuncional	5	6.7%	13	17.3%
Funcional	14	18.7%	43	57.3%
Total	75			



- *Resultado de APGAR Familiar – HB Glucosidada*

No existen diferencias en la variable de HB Glucosidada y los tipos de familias funcionales o disfuncionales. ($p>0.45$)

	Controlado		No controlado	
Disfuncional	8	10.7%	10	13.3%
Funcional	31	41.3%	26	34.7%
Total	75			



CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Discusión.

La dinámica de la diabetes mellitus tipo 2 ejerce influencia y es influenciada por el ámbito familiar.

En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos. Como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás.

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético requiere el apoyo de la familia, para que lo auxilie en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acción adecuada; sin esta ayuda el paciente quizá no de la prioridad necesaria a su propia existencia

El presente estudio demuestra que el problema de la diabetes mellitus tipo 2 es mas grave de los que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o

motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad. por lo que es necesario explorar el ámbito familiar.

Este tema resulta relevante en medicina familiar ya que puede ayudar a instaurar el diagnóstico de salud familiar como un eje de atención, para identificar oportunamente los fenómenos de crisis familiares, estableciendo la necesidad de ayuda técnica profesional.

3.2 conclusiones.

En el presente estudio donde se estudiaron 75 pacientes, encontramos mas familias funcionales 76%, mientras que el 24 % correspondió a familias disfuncionales; predomino el sexo femenino 65.3%.

No hubo diferencias estadísticas entre las familias funcionales y disfuncionales con respecto al control de la glucemia en ayunas ($p>0.63$).

Con los resultados de HBA/c no hubo diferencia estadística, entre familias funcionales y disfuncionales ($p>0.45$).

Si consideramos únicamente a los pacientes diabéticos con familia disfuncional encontramos mayor descontrol en los resultados tanto de hemoglobina glucosilada como de glucemia en ayunas.

3.3 Recomendaciones.

Como un corolario de este estudio, es recomendable que los médicos familiares consideren las características de los pacientes en cuanto a su estatus familiar, ya que este aspecto es de vital importancia para que el proceso patológico no evolucione de una manera descontrolada, por otra parte, a los familiares de este tipo de pacientes, se les debe mencionar que la tranquilidad, la dieta , el ejercicio y el apoyo familiar son fundamentales para lograr un equilibrio psíquico, social y familiar; estas variables son de suma importancia.

BIBLIOGRAFIA.

1. Oviedo M A, Espinaza L F, Trejo P A, Gil V E. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: Rev. Med IMSS 2003; 41 (supl): s 27- S46.
2. Corona H M, Bautista SL. Perfil del paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar de la ciudad de México: archivos en Med. Fam 2004; 6 (2):40-43
3. Jiménez B A, Gómez S V, Alaniz N G. Función familiar: Control de diabetes mellitus tipo 2.Revista Salud Pública y nutrición. Edición especial 2005; 8 Pág.
4. Quiroz P R, Castañeda L R, Ocampo B P, Pérez S L, Martínez G C. Diabetes tipo 2. salud-competencia de la familia: Rev. MED IMSS 2002; 40 (3):213-220
5. Díaz D O, Valenciaga R J, Domínguez A D. Características clínicas de la Diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Guines. Año 2002: Rev. cubana de endocrinología 2003; 14 (1).
6. Terrés-Speziale A. Confiabilidad y aplicabilidad de los nuevos criterios internacionales para el diagnóstico de Diabetes Mellitus: Rev. Méx. patología Clin, 2002;49(4):212-220
7. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes.
8. Arroyo R D, Bonilla M M, Trejo G Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético.Neurol Neurocir Psiquiat 2005; 38 (2): 63-68.
9. Rodríguez A G, Rodríguez A 1. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev. MED IMSS 2004; 42 (2): 97-102.
10. Huerta V D, Bautista S L, Irigoyen C A, Arrieta P R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. Arch.Med.Fam . Vol. 7 (3) 87-92 2005.
11. Herrera Santi Patricia. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana MED Gen Integr 1997; 13(6)
12. Méndez L V M. Gómez L M E, Pérez L J H, Navarrete E A. disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2.Rev. MED IMSS 2004; 42 (4):281-284
13. Arias Liliانا C, M.D., Julián A. Herrera, MD. El APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia Médica 1994; 25:26-28.
14. Robles S L, Mercado M F J, Ramos H I M, Alcántara H E, Moreno L N C. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Públ. Méx. 1995; 37 (3): 187 - 196.
15. Escobedo De La P J, Santos B C, La Diabetes Mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Públ. Méx.. 1995; 37 (1): 37-46.
16. Ortega A A, Fernández V A T, Osorio P M F Funcionamiento Familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev. cubana MED Gen Integral 2003; 19 (4).

17. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Arch. Med.Fam.. 2005;7(supl1):15-19
18. Delgado C A, Naranjo F JA, Camejo M M, Forcelledo Li C. Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. Rev. cubana MED integral 2002;4
19. Granada C T, Sánchez E L, Rosas P R, Irigoyen C A, Morales L H. Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch.Med. Fam. 2003; 5 (3): 92-95
20. Irigoyen C A, Gómez C F J, Fernández O M A, Mazón R J J. Orientación familiar o terapia de familias disyuntiva del medico familiar. profesores del Departamento de Medicina Familiar. Boletín medico familiar 1998;(5)3-4
21. López del Castillo S D, Sabag R E, Díaz V M, Monzón V M. Neumonía adquirida en la comunidad. Enfoque de riesgo y funcionalidad familiar. REV MED IMSS 2006; 44(1):35-38
22. Anagalys O A, Osorio PM, Fernández V A. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. Revista cubana de medicina general integral.2003; 19 (2).
23. Álvarez R A, Ayala B A, Nuño L A, Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil. REV MEX. MED. Física y Rehab. 2005; 17 (39):7176
24. Arriaga V A, Lara O M, Gomes S V. Funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2.REV Salud Púb. Nutrición2003;2
25. Huerta M N, Valdez R B, Sánchez E L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México arch. MED FAM 2001; 3 (4): 95-98.

ANEXOS

APGAR familiar (anexo 1).

	CASI SIEMPRE. (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES. (1 PUNTO)	CASI NUNCA. (0 PUNTOS)
1.-ADAPTABILIDAD. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2.-PARTICIPACIÓN. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3.- CRECIMIENTO. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
4.- AFECTO. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5.- RESOLUCIÓN. (Compartir tiempo y recursos). ¿Le satisface la cantidad de tiempo que su familia pasa juntos?			

Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las siguientes inferencias:

Familia funcional entre 7-10 puntos.

Familia disfuncional menos de 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO.- (ANEXO 2)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA.

LUGAR Y FECHA

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Registrado ante el comité local de investigación en salud b la CINC.

El Objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiere con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajosos para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.