



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21



“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 DE RECIENTE DIAGNÓSTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR N° 21”

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. LAURA ELENA CAMPOS AQUINO.

A S E S O R

DRA. ANA MARIA MEZA FERNANDEZ

MEXICO, D.F. 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

ASESOR

DRA. ANA MARIA MEZA FERNANDEZ

Médico Especialista en Medicina Familiar.

Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N° 21  
Teléfono 57 68 60 00, Ext. 373,  
Avenida Francisco del Paso y Troncoso, Colonia Jardín Balbuena,  
Delegación Venustiano Carranza, CP 15900, México, D.F.

AUTORIZACION.

---

DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

---

DR. CESAR WILLIAMS ZARATE

JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

---

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

PROFESOR TITUTAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

---

DRA. ANA MARÍA MEZA FERNANDEZ

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Nº 21

## AGRADECIMIENTOS

GRACIAS DIOS POR TU AMOR SIN CONDICION, DEMOSTRANDOME EN CADA MOMENTO QUE SIEMPRE ESTAS CONMIGO.

GRACIAS DIOS POR LUIS ENRIQUE, MI ESPOSO, POR SER UN GRAN TESTIGO EN MI FORMACION MÉDICA, POR SU AMOR, PACIENCIA Y CONFIANZA.

GRACIAS DIOS POR ENVIARME EN UNA FAMILIA MARAVILLOSA, POR MIS PAPAS: CATALINA Y PAULINO, MIS HERMANOS: ALMIS, ARMANDIUX, PAKO, KAREN, DULCE Y NENIS, MIS PRECIOSOS SOBRINOS: AXEL, SEBASTIAN Y DIEGO.

GRACIAS DIOS POR PERMITIRME REALIZAR UNA ESPECIALIDAD, Y RODEARME DE PERSONAS TAN VALIOSAS: CRIS, CEXY, VERITO, ERI.

GRACIAS DIOS POR LA ENSEÑANZA Y APOYO DE MIS PROFESORES, EN ESPECIAL DE LA DRA. ANITA MEZA Y DR. JORGE MENESES.

GRACIAS DIOS POR ESTAR EN MÍ.

## INDICE

|                               |       |      |
|-------------------------------|-------|------|
| 1. INTRODUCCION.              | ..... | 6    |
| 2. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA. | ..... | 7    |
| 3. MARCO TEÓRICO.             | ..... | 8    |
| 4. OBJETIVOS.                 | ..... | 16   |
| 5. DISEÑO METODOLOGICO.       | ..... | 17   |
| 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.    | ..... | 23   |
| 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.    | ..... | 24   |
| 8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.   | ..... | 29   |
| 9. CONCLUSIONES.              | ..... | 30   |
| 10.SUGERENCIAS.               | ..... | . 32 |
| 11.BIBLIOGRAFÍA.              | ..... | 33   |
| 12. ANEXOS                    | ..... | 34   |

## **1. INTRODUCCION.**

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

La Diabetes Mellitus constituye un problema creciente en muchos países del mundo y entre los factores asociados destacan la obesidad, los malos hábitos de alimentación, la falta de actividad física y la herencia.

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que se establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta frente a la enfermedad el paciente experimentará, de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas, un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la pérdida de salud.

El Médico Familiar tiene la oportunidad de participar en mayor profundidad en el control de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, ya que somos primer nivel de atención y los pacientes le tienen confianza.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La finalidad de este estudio es para que el Médico Familiar interactúe entre los individuos modificados por un padecimiento crónico de reciente diagnóstico, exige saber cuáles son las funciones alteradas para corregirlas oportunamente.

Por lo anterior formulo la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico en la Unidad de Medicina Familiar N° 21?



### 3. MARCO TEORICO

#### **La Familia.**

La familia se ha constituido en un valioso objeto de estudio (para las ciencias sociales, la economía y una gran diversidad de ciencias) por otra parte, representa una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, económicos, demográficos y culturales (1).

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

La palabra “familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, “en familia”.

Es posible, definir a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva (2).

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en

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 (1).

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de as presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella; este equilibrio, denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciéndolo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. De esta forma surge el denominado paciente identificado, a quien se le designa así en vez de llamarlo por el rol idiosincrásico que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable, etc. La familia determina que es éste el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar, y cumpliendo con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio en las relaciones familiares. Es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma.

Los incidentes afectan los miembros de una familia en forma distintas en diferentes momentos; por eso la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros, y el mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente.

Según Linton y Satir(4)., la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que funcione bien o mal como unidad según las circunstancias. Toda enfermedad, en particular la crónica, puede amenazar el curso del ciclo evolutivo y la dinámica de la familia. Cuando una alteración orgánica o emocional aparece en un individuo, su respuesta conductual se modifica negativamente, y se identifican algunas características psicológicas como: inhibición, baja autoestima, carácter alterado, deseo sexual disminuido y alta somatización de su enfermedad. Las reacciones negativas asociadas con más frecuencia a la enfermedad son: la negación, la pasividad, el aislamiento, la culpa, la desesperanza y el miedo. El impacto del padecimiento no es sólo en los pacientes, sino también en las interrelaciones familiares e, inclusive, se habla de un alto costo social que determina su repercusión multifactorial. Las repercusiones negativas generadas por una enfermedad crónica, como la diabetes, son considerables, pues cuando se manifiesta las necesidades familiares pueden quedar subordinadas a las necesidades del miembro enfermo, lo que desencadena conductas sobreprotectoras, como respuesta al padecimiento.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes Mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles.

Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo (4).

### **Diabetes Mellitus Tipo 2:**

En la actualidad se estima que existen en el mundo 110 millones de personas con Diabetes Mellitus, de los cuales 62 millones viven en países subdesarrollados.

En México la prevalencia de diabetes en mayores de 20 años es de 7.2%. Esto hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud, en donde el control es el primer paso.

La Diabetes Mellitus constituye un problema creciente en muchos países del mundo y entre los factores asociados destacan la obesidad, los malos hábitos de alimentación, la falta de actividad física y la herencia.

Es uno de los padecimientos metabólicos más frecuentes y se define como una enfermedad metabólica crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, se caracteriza por hiperglucemias resultantes del defecto de la secreción de insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

El diagnóstico de Diabetes se establece al cumplir los siguientes criterios:

- Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200mg/dl;

- Glucemia plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl en 2 ocasiones;
- O bien, glucemia mayor a 200 mg/dl (11.1mmol/dl) a las 2 horas después de una carga oral de 75gr de glucosa disuelta en agua.

### **Diabetes y la Familia.**

La Diabetes Mellitus tipo 2 se ha constituido en los últimos años en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte., sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las instituciones del sistema nacional de salud, (5).

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecargar aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, úlceras, etc. Posteriormente pondrá en marcha los recursos

con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo, y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.

En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente como en la diabetes.

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que se establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta frente a la enfermedad el paciente experimentará, de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas, un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la pérdida de salud.

En el caso de las parejas sin hijos se plantearán la cuestión de tenerlos o no. A los padres les preocupará que sus hijos puedan "heredar" la diabetes.

Si la paciente es mujer le preocupará el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su bebé, y su capacidad para cuidar un lactante.

En caso de la Diabetes Gestacional nos encontramos con el impacto emocional que para una familia supone una enfermedad que entienden "provocada" por el embarazo y el miedo a sus posibles consecuencias.

El diagnóstico de Diabetes en un hijo se vive como un cataclismo. Se provoca un clima de drama y abatimiento, de rechazo y agresividad. Provoca en los

padres reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, depresión y culpa, que pueden llevar a una importante disfunción familiar.

El diagnóstico de DM2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con más frecuencia en la *cuarta etapa del ciclo vital familiar*. Esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja. La mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida que venía constituido por la crianza de los hijos. El marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. Aparecen otros problemas de salud muy prevalentes a estas edades. El diagnóstico de Diabetes o la aparición de sus complicaciones, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. Como en otras familias en la que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, es posible que se culpabilice de todos los problemas relacionados a la diabetes, achacando a esta la existencia de una disfunción familiar que dificultará por su parte, en un círculo vicioso, el correcto control de la enfermedad (3).

La funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de reciente diagnóstico, se ve alterada por el impacto de la enfermedad.

Las repercusiones negativas generadas se pueden observar, tanto en la familia como en el paciente con: falta de apoyo familiar, falta de interés de la familia hacia su padecimiento, la familia en muchos casos no acepta el nuevo cambio

de vida, muchos de estos pacientes sienten insatisfacción sobre las relaciones de afecto, se encuentran solos porque la familia no tienen tiempo para atenderlos.

Los miembros de la familia pueden cambiar sus papeles y organizarse de diferente manera, para ello existen dos extremos: unirse y centrarse en la discapacidad, perjudicando la independencia de todos los miembros, o desintegrarse y distanciarse unos de otros. Es obvio que en ambas situaciones no existe un ambiente familiar adecuado que asegure la pronta y completa recuperación del enfermo.

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 psicosociales que influyen en las fluctuaciones 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.

El Médico Familiar tiene la oportunidad de participar en este control con su dirección, ya que los pacientes le tienen confianza; para ello puede valerse de los recursos de los grupos de autoayuda y los clubes de personas con diabetes. Con todo esto se puede romper el círculo de que la familia se deteriore paulatinamente al ver sufrir al enfermo y este se sienta pero, lo que provoca a su vez que las familias se deterioren más.



#### **4. OBJETIVO**

- Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de reciente diagnóstico en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 durante

##### **Objetivos Específicos:**

- Determinar la funcionalidad familiar a través de escalas de evaluación APGAR.
- Determinar la funcionalidad familiar a través de escalas de evaluación FACES III.

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### Tipo de estudio.

Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

- **Transversal.** Ya que los datos solo se medirán en una ocasión.
- **Descriptivo** Ya que se investigaran y describirán las características de los pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico, así como la evaluación de la funcionalidad familiar.
- **Observacional** Ya que no habrá intervención sobre las variables.

### Población, lugar y tiempo de estudio.

Todos los pacientes diabéticos diagnosticados del 31 de diciembre del 2006 al 20 de octubre del 2007 y, que acudieron a la consulta externa de ambos turnos de la UMF 21 del IMSS.

### Tipo de Muestra y tamaño de la muestra:

Pacientes DM2 diagnosticados del 31 de diciembre del 2006 al 20 de octubre del 2007, de ambos turnos de la U.M.F. No. 21 del IMSS.

Determinación del tamaño de la muestra para estimar proporciones.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{D^2(N-1) + Z^2PQ}$$

DONDE:

n= tamaño de la muestra

N= universo de trabajo

Z= intervalo de confianza

P= proporción de observaciones esperada

Q= contraparte de proporción de observaciones

D= margen de error

Para este caso:

n= ¿?

N= 56

Z= 1.96

P= 0.1

Q= 0.9

d= 0.05

Sustituyendo:

$$n = \frac{56(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(0.5)^2(56-1) + (1.96)^2(0.1)(0.9)}$$

$$n = \frac{56(3.8416)(0.09)}{(0.0025)(55) + (3.8416)(0.09)}$$

$$n = \frac{19.36166}{0.1375 + 0.345744}$$

$$n = \frac{19.36166}{0.483244}$$

$$n = 40$$

**Criterios de selección**

**Criterios de inclusión:**

1. Derechohabientes adscritos a la U.M.F. N° 21 del I.M.S.S. ambos turnos.
2. Diabéticos Tipo 2 de reciente diagnóstico (del 31 de diciembre del 2006 al 20 de octubre del 2007).
3. Edad mayor de 20 años.
4. Sexo masculino o femenino.
5. Que acepten participar en el estudio.
6. Contesten al 100% el cuestionario.

**Criterios de exclusión:**

1. Pacientes que no contesten completo al 100% el cuestionario.
2. Pacientes que decidan retirarse voluntariamente de la investigación en cualquier momento de la misma.

**Criterios de eliminación:**

1. Aquellos pacientes diabéticos que no acepten participar.

**Información a recolectar.**

Variable Independiente:

Diabetes Mellitus tipo 2

Características Familiares.

Escalas de evaluación APGAR y FACESIII.

| VARIABLE   | DEFINICION CONCEPTUAL  | DEFINICION OPERACIONAL  | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | INDICADOR  |
|--|--|---|------------------|--------------------|--|
| Diabetes Tipo 2                                  | Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina. | Determinación de glucemia central mayor de 126mg/dl en ayunas.      | Independiente    | Numérica           | Glucemia ayuno > 126mg/dl  |
| Características de la familia con APGAR familiar | Instrumento para determinar el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.   | En base a: Adaptación, compañerismo, crecimiento, afecto y acuerdos | Independiente    | Cualitativa        | APGAR:<br>De 7 a 10 altamente funcional.<br>De 4 a 6 moderadamente funcional.<br>De 0 a 3 severamente disfuncional   |
| Características de la familia con FACES III      | Instrumento con la finalidad de facilitar la integración del diagnóstico de funcionalidad familiar.  | En base a la adaptabilidad, cohesión y comunicación.                | Independiente    | Cuantitativa       | Cohesión:<br>No relacionada 10-34.<br>Semirrelacionada 35-40.<br>Relacionada: 41-45.<br>Aglutinada: 46-50<br><br>Adaptabilidad:<br>Rígida: 10-19<br>Estructurada: 20-24<br>Flexible: 25-28.<br>Caótica: 29-50. |
| Edad   | Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha del estudio  | Edad en años cumplidos  | Cuantitativa     | Numérica           | 20-59 años   |
| Sexo   | Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino   | Basada principalmente en los órganos sexuales                       | Cualitativa      | Nominal            | Masculino o femenino.  |
| Estado Civil                                     | Condición del individuo en relación con los derechos y obligaciones  | Estado social del anciano en estudio                                | Cualitativa      | Nominal            | Soltero, Casado U. Libre, separado, divorciado, viudo.   |
| Escolaridad                                      | Número de años lectivos cursados y aprobados en primaria, secundaria, bachiller y profesional  | Nivel máximo de estudio del encuestado                              | Cualitativa      | Ordinal            | Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, preparatoria, técnica y profesional.   |
| Ocupación  | Tipo de actividad laboral que se desempeña para la obtención de un beneficio   | Se registra el tipo de actividad del encuestado                     | Cuantitativa     | Nominal            | Jubilado, pensionado, hogar, comerciante, otros servicios.   |

**VARIABLES UNIVERSALES:** Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación.

**Limite de tiempo:**

El presente estudio de investigación se llevó a cabo del 01 de octubre al 31 de diciembre del 2007.

**Limite geográfico:**

Unidad de Medicina Familiar N° 21, ubicada en Francisco del Paso y Troncoso 271, Colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza, CP 15900, México, D.F.

**Recursos:**

a) **Humanos:**

- **Un investigador:** Dra. Laura Elena Campos Aquino, residente de 20 año de la Residencia en Medicina Familiar.
- 32 asistentes médicos.

b) **Materiales:**

- Hojas Blancas.
- Fotocopias.
- Material de Oficina.
- Computadora.
- Impresora.
- Programa Estadístico SPSS.
- Microsoft Word.

c) **Financieros:**

- Financiado por el propio investigador y del departamento de educación en investigación en salud.

**Difusión:**

Se realizará presentación de los resultados durante la sesión general de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, se publicará y se presentará en foros de investigación.

**Método o procedimiento para captar la información.**

Se detectaron a los pacientes con Diabetes Mellitas Tipo 2 por medio de la forma 4-30-6 (RAIS).

Los datos se obtuvieron por los investigadores en ambos turnos.

La información se captará en una hoja de datos diseñada con este propósito (ANEXO 1) en donde se revisarán las variables universales como nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación, posteriormente se le aplicará el cuestionario de APAGAR Y FACES III.

## **6. CONSIDERACIONES ETICAS.**

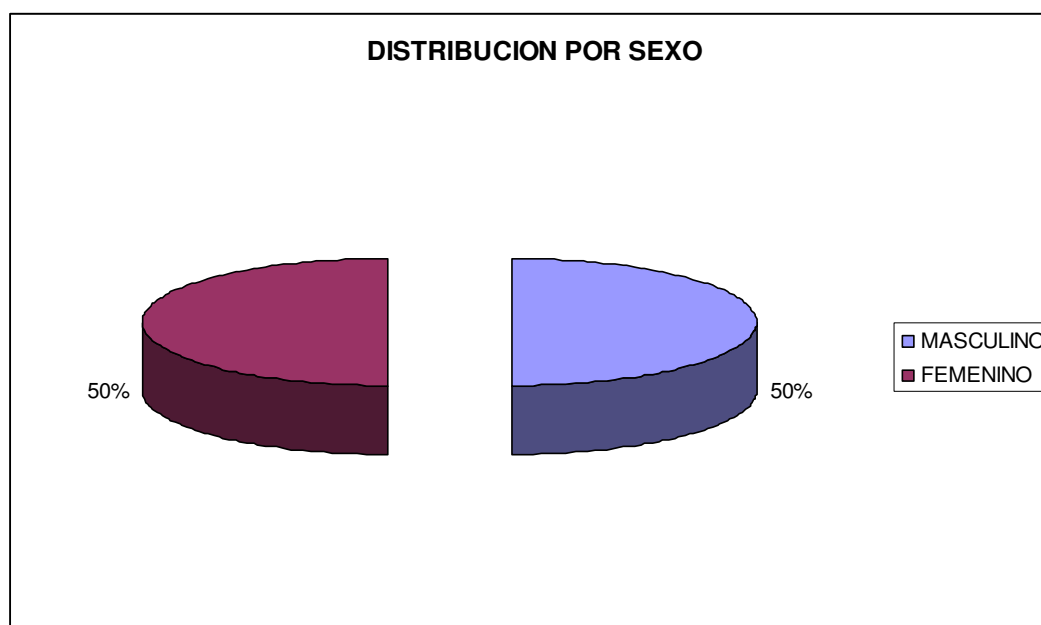
El presente estudio de investigación se apega a los lineamientos éticos señalados en el código de Helsinki que guía al personal de salud en la investigación en seres humanos, respetando los principios de beneficencia, respeto por las personas, confidencialidad y anonimato. Se apega también a las normas de la Ley General de Salud.



## 7. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

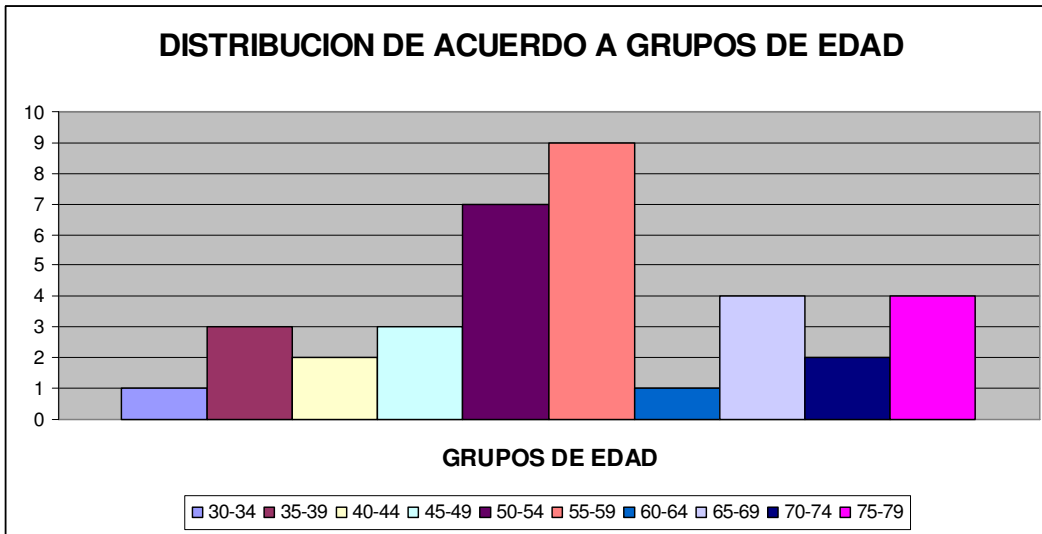
Con base a la población en estudio, se aplicaron 40 cuestionarios, de los cuales fueron 19 fueron del sexo femenino y 21 masculino, fueron eliminados 4 pacientes, 1 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, por no contestar todas las preguntas de ambos cuestionarios.

| PACIENTES |     |          |     |
|-----------|-----|----------|-----|
| MASCULINO |     | FEMENINO |     |
| 19        | 50% | 19       | 19% |



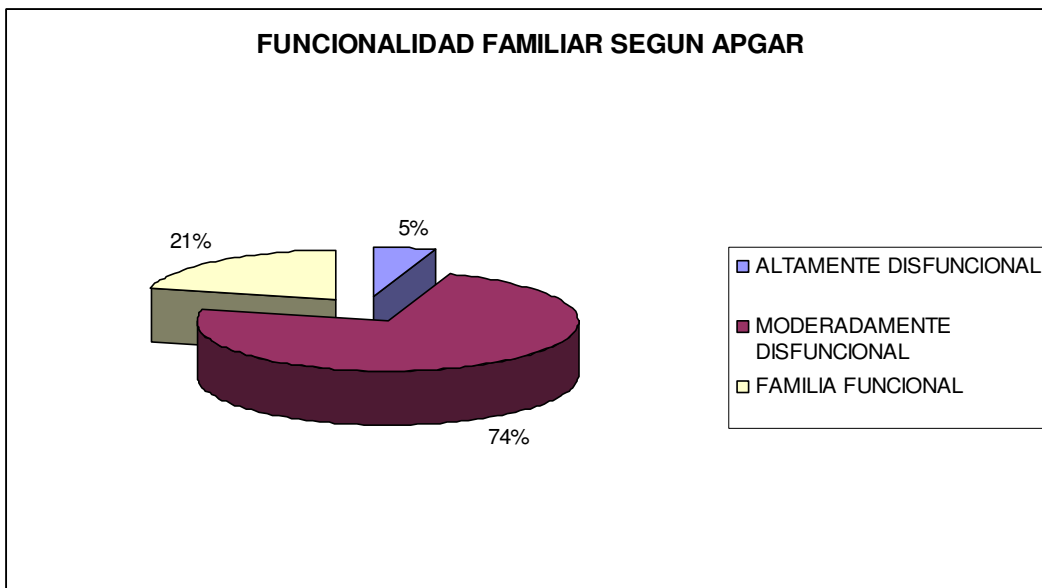
El total de pacientes estudiados fue de 36, 18 pertenecientes al sexo masculino, que representa el 50% de la muestra y 18 correspondiente al sexo femenino equivalente al otro 50 %.

| GRUPOS DE EDAD |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 30-34          | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 |
| 1              | 3     | 2     | 3     | 7     | 9     | 1     | 4     | 2     |
| 3%             | 9%    | 2.60% | 3.90% | 7.22% | 9.29% | 3%    | 13%   | 6%    |



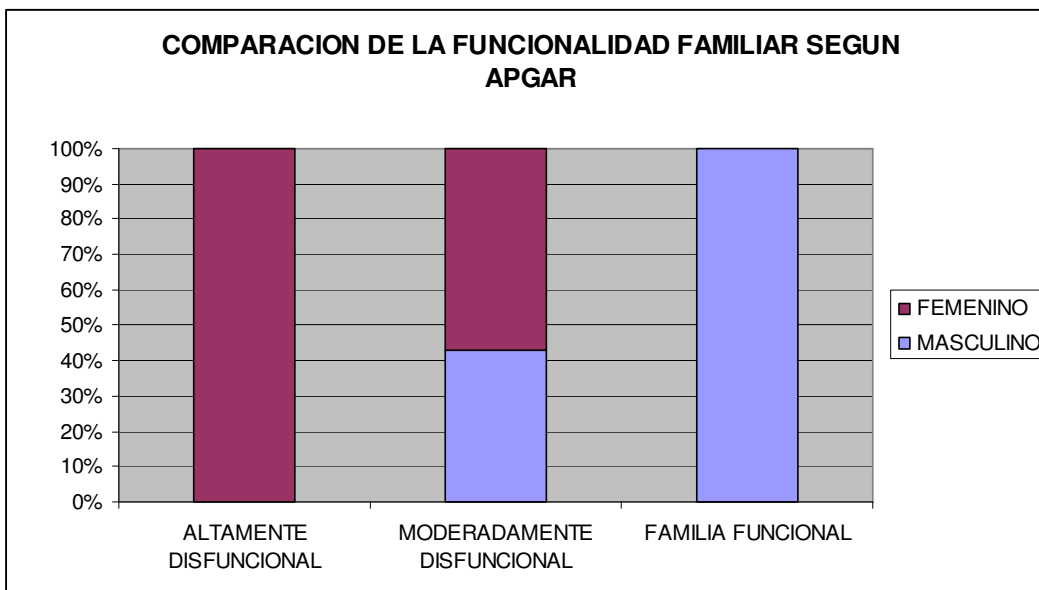
De acuerdo al grupo de edad, la distribución se inclinó en el rango de 55 – 59 con un 9.29% de la población de estudio.

| APGAR                      | PACIENTES | PORCENTAJE |
|----------------------------|-----------|------------|
| ALTAMENTE DISFUNCIONAL     | 2         | 5          |
| MODERADAMENTE DISFUNCIONAL | 28        | 74         |
| FAMILIA FUNCIONAL          | 8         | 21         |



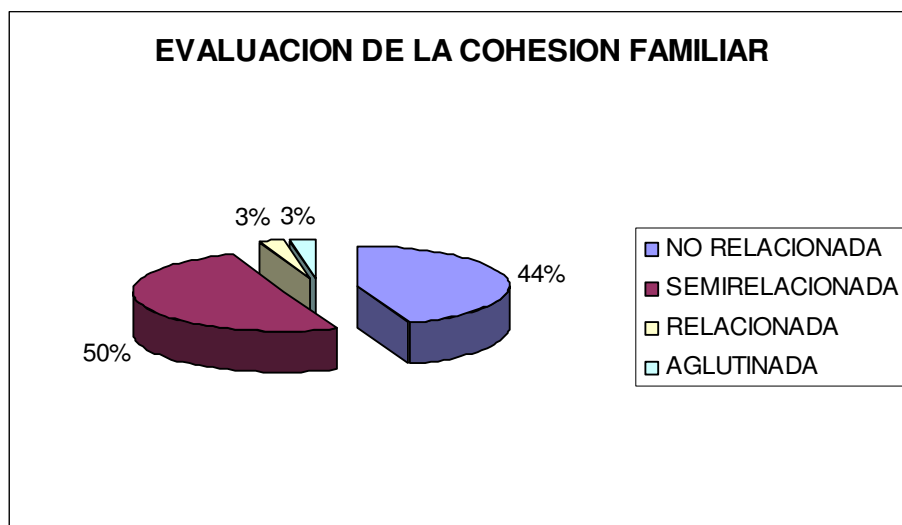
De acuerdo a los resultados obtenidos, en la escala de evaluación APGAR, reveló que las familias se encuentran Altamente Disfuncional en el 5%, Moderadamente Disfuncional 74% y solo el 21% que su familia se encuentra Funcional.

| APGAR                             | MASCULINO |    | FEMENINO  |    |
|-----------------------------------|-----------|----|-----------|----|
|                                   | PACIENTES | %  | PACIENTES | %  |
| <b>ALTAMENTE DISFUNCIONAL</b>     | 0         | 0  | 2         | 11 |
| <b>MODERADAMENTE DISFUNCIONAL</b> | 12        | 67 | 16        | 89 |
| <b>FAMILIA FUNCIONAL</b>          | 6         | 33 | 0         | 0  |



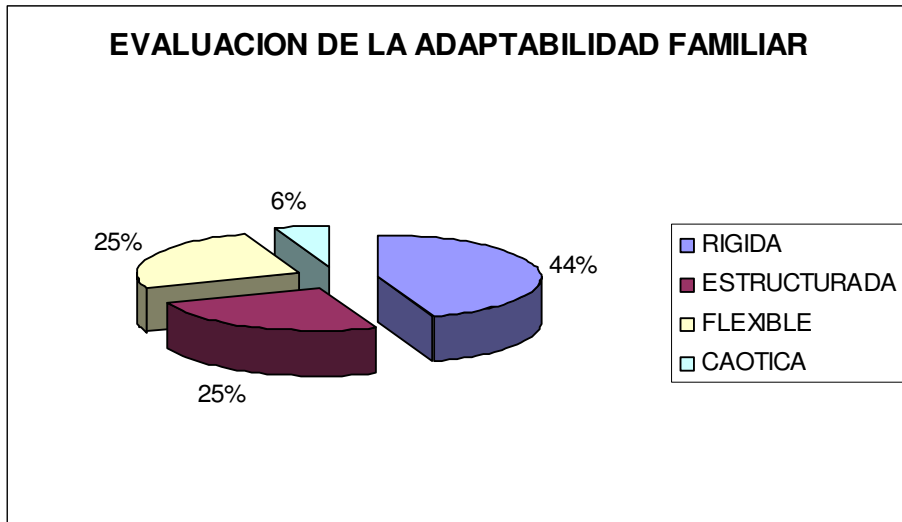
En cuanto al sexo, se observó que el femenino refiere un grado de Disfunción Familiar que los de sexo masculino.

| <b>FACES III - COHESION</b> |                  |                   |
|-----------------------------|------------------|-------------------|
| <b>CLASIFICACION</b>        | <b>PACIENTES</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
| <b>NO RELACIONADA</b>       | <b>16</b>        | <b>44</b>         |
| <b>SEMIRELACIONADA</b>      | <b>18</b>        | <b>50</b>         |
| <b>RELACIONADA</b>          | <b>1</b>         | <b>3</b>          |
| <b>AGLUTINADA</b>           | <b>1</b>         | <b>3</b>          |



En cuanto al instrumento FACES III, los pacientes percibieron que de acuerdo a la Cohesión 18 (50%) pacientes reportaron tener una familia Semirrelacionada, 16 (44%) que su familia se encuentra No Relacionada, 1 (3%) Relacionada y 1 (3%) que se encuentra Aglutinada.

| <b>FACES III - ADAPTABILIDAD</b> |                  |                   |
|----------------------------------|------------------|-------------------|
| <b>CLASIFICACION</b>             | <b>PACIENTES</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
| <b>RIGIDA</b>                    | <b>16</b>        | <b>44</b>         |
| <b>ESTRUCTURA</b>                | <b>9</b>         | <b>25</b>         |
| <b>FLEXIBLE</b>                  | <b>9</b>         | <b>25</b>         |
| <b>CAOTICA</b>                   | <b>2</b>         | <b>6</b>          |



De acuerdo a la Adaptabilidad, existen 16 (44%) pacientes reportan tener una familiar Rígida, 9 (25%) Estructurada, 9 (25%) Flexibles y 2 (6%) Caóticas.

## **8. DISCUSION DE RESULTADOS.**

El presente estudio permitió identificar la percepción que tiene el paciente diabético de reciente diagnóstico de su familia.

Según la escala de evaluación APGAR, reveló que más de la mitad de los resultados (72%), se encontraron entre los puntos de 4-6, indicando así, que perciben a su familia con Moderada Disfunción Familiar, y en cuanto FACES III, la mayoría (69%), se encontró en rangos intermedios, para Cohesión con puntaje de 35 al 45 (94%) y para Adaptabilidad con puntaje del 20 al 28, lo que indica que se encuentra normales o “balanceados”.

El sexo se relaciona con la función familiar, de forma que las mujeres están menos satisfechas con ésta, lo cual parece lógico si pensamos que, dentro de las familias, la mujer es la que menos ayuda recibe y más sobrecarga soporta.

Por lo que se puede confirmar lo indicado en la literatura, que al recibir la noticia de ser Diabético, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional.

## 9. CONCLUSIONES

- Con esto se comprueba la hipótesis: que más del 70% de los pacientes diabéticos de reciente diagnóstico presentan algún grado de Disfunción Familiar, según el APGAR Familiar.
- El APGAR Familiar es una herramienta útil para conocer la situación familiar (según la percepción del paciente) y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dada su simplicidad es posiblemente el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica.
- En cuanto a la escala FACES III, la mayor parte de los pacientes se encuentran en rangos aceptables, encentrándose balanceadas.
- FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.
- Tanto el manejo adecuado de la disfunción, así como de los problemas de salud relacionados requerirán de una intervención terapéutica multidisciplinaria.

- El Médico familiar tiene la oportunidad de participar en mayor profundidad en el control de los pacientes diabéticos de reciente diagnóstico, ya que somos primer nivel de atención y los pacientes le tiene confianza; para ello puede valerse de los grupos de autoayuda y los clubes de personas con diabetes. Con todo esto se puede romper el círculo de que la familia se deteriore paulatinamente al ver sufrir al enfermo y éste se sienta peor, lo que provoca a su vez que la familia se deteriore más.



## **10. SUGERENCIAS.**

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y hecha mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. IRIGOYEN Coria Arnulfo, **Nuevos fundamentos de medicina familiar**, 2ª edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2004, pp 215.
2. HUERTA González José Luis, **Medicina Familiar, la familia en el proceso salud enfermedad**, Editoria Alfil, México 2005 pp188.
3. RODRIGUEZ-MORAN M, Guerrero-Romero JF. Importance of family support in the control of glycemia. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 44-47.
4. VAZQUEZ Nava Francisco, et. al. **El paciente asmático y su dinámica familiar**, *Revista Alergia México* 2003; L(6): 214-219.
5. MENDEZ López Dulce, et. al. **Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2**, *Rev Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-284.

## 12. ANEXOS.

### ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación Funcionalidad Familiar en Pacientes Diabéticos Tipo 2 de Reciente Diagnóstico, en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para lograr el objetivo mencionado, contestaré el cuestionario de escalas de evolución y conociendo también los beneficios de dicho proyecto, quedando en la conformidad de que se mantenga la discreción de los resultados de dicha intervención educativa. Se me informó que no corro ningún riesgo y que los beneficios son meramente educativos.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

## “Funcionalidad Familiar en Pacientes con Diabetes Mellitus

## Tipo 2 de Reciente Diagnóstico en la Unidad de Medicina Familiar N° 21”

|  |  |  |
|--|--|--|
| Fecha  |  |  |
| Nombre   |  |  |
| NSS  |  |  |
| Edad   |  |  |
| Estado Civil                                       |  |  |
| Escolaridad  |  |  |
| Ocupación  |  |  |
| APGAR  | ¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?                |  |
|  | ¿Le satisface la manera e interés que su familia discute sus problemas y la toma en que participa con usted en la resolución de ellos? |  |
|  | ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?            |  |
|  | ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?        |  |
|  | ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?   |  |
| 0. Nunca.<br>1. Algunas veces.<br>2. Casi siempre. |  |  |

Describa a su familia:

|   |    |   |  |
|---|----|---|--|
| FACES III   | 1  | Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.  |  |
|   | 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 so 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 unidos.  |  |
|   | 12 | En nuestra familia los hijos toman las decisiones.  |  |
|   | 13 | Cuando se toma una decisión importante la familia esta presente.                                |  |
|   | 14 | En nuestra familia las reglas cambian.  |  |
|   | 15 | Con facilidad podemos planear actividades en familia.   |  |
|   | 16 | Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.   |  |
|   | 17 | Consultamos unos con otros para tomar decisiones.   |  |
|   | 18 | En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.                             |  |
|   | 19 | La unión familiar es muy importante.  |  |
|   | 20 | Es difícil decir quien hace las labores del hogar.  |  |
| 1. Nunca.<br>2. Casi Nunca.<br>3. Algunas veces.<br>4. Casi siempre.<br>5. Siempre. |    |   |  |