



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

SEDE ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 58
"GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO"

**COMPETENCIA FAMILIAR, EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE
DIABÉTICO TIPO 2, COMPARADA CON FAMILIAS SIN INTEGRANTES
DIABÉTICOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 63 DE ENERO A
MARZO DE 2005**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. ELENA JUÁREZ RODRÍGUEZ

**COMPETENCIA FAMILIAR, EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE
DIABÉTICO TIPO 2, COMPARADA CON FAMILIAS SIN INTEGRANTES
DIABÉTICOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 63 DE ENERO A
MARZO DE 2005**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. ELENA JUÁREZ RODRIGUEZ.

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. ALEJANDRO PEREZ MERCADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58

DR. FELIPE CELAYA ARGUMEDO
ASESOR METODOLÓGICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN U.M.F. No. 63 I. M. S. S.

DR. OSWALDO SINOE MEDINA GÓMEZ
ASESOR ESTADÍSTICO
MÉDICO EPIDEMIÓLOGO DE LA U.M.F. No. 97 I. M. S. S.

DR. MARGARITO DE JESÚS DE LA TORRE LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58 I. M. S. S.

TLALNEPANTLA, EDO. MEX.

2008

**COMPETENCIA FAMILIAR, EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE
DIABÉTICO TIPO 2, COMPARADA CON FAMILIAS SIN INTEGRANTES
DIABÉTICOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 63 DE ENERO A
MARZO DE 2005**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. ELENA JUÁREZ RODRIGUEZ.

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TLALNEPANTLA, EDO. MEX.

2008

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 La familia.....	5
1.2 Salud Competencia Familiar.....	10
1.3 Diabetes Mellitus.....	18
1.4 Perfil del Médico Familiar.....	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
3. JUSTIFICACIÓN.....	27
4. OBJETIVOS.....	29
4.1 Objetivo General.....	29
4.2 Objetivo Específico.....	29
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
5.1 Tipo de estudio.....	30
5.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	30
5.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	30
5.4 Criterios de selección.....	30
5.4.1 Criterios de inclusión.....	30
5.4.2 Criterios de exclusión.....	30
5.4.3 Criterios de eliminación.....	31
5.5 Variables a recolectar.....	32
5.6 Definición conceptual y operacional de variables.....	33
5.6.1. Variables dependientes.....	33
5.6.2. Variables independientes.....	33
5.6.3 Variables universales.....	34
5.7 Método o procedimiento para captar la información.....	35
5.7.1 Instrumento de medición.....	35
5.7.2 Descripción (análisis estadístico) de los resultados.....	35
5.8. Recursos.....	36
5.8.1 Humanos.....	36
5.8.2 Materiales.....	36
5.8.3 Físicos.....	36
5.8.4 Financieros.....	36
5.9 Consideraciones Éticas.....	36
6. RESULTADOS.....	39
6.1 Tablas y Gráficas.....	42
7. DISCUSIÓN.....	51
8. CONCLUSIONES.....	53
9. BIBLIOGRAFÍA.....	55
10. ANEXOS.....	58
Anexo I.....	59
Anexo II.....	63

1. MARCO TEÓRICO

1.1 La familia

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie (1,10)

La palabra familia (etimológicamente de origen latino) es actualmente una expresión universalmente aceptada. Rodríguez de Zepeda la define como un Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural (7)

El término de familia puede incluir varias acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de la familia que tenga un carácter universal, ya que ésta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad, que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. (8)

Así como el hombre ha estudiado al hombre, se ha estudiado a la familia. Muchos escritores éticos y morales sugieren que la sociedad es tan fuerte como sus familias (1)

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece el individuo. Es la base de la sociedad. La familia es dinámica. Cambia con el tiempo. Hay un ciclo de vida para las familias, lo mismo que para los individuos. Cada miembro de la familia tiene necesidades físicas, personales y sociales básicas. La familia ha puesto sobre cada uno de sus miembros ciertas esperanzas, obligaciones y demandas. La familia debe medir las necesidades y las demandas de cada uno de sus miembros. Es el agente de contacto entre el individuo y la sociedad. Cada miembro de la familia pertenece a un número de grupos, pero solo la familia está relacionada con el individuo en su totalidad y con todas las facetas de su vida, con la prioridad principal sobre el bienestar de los miembros. Otros grupos, como compañeros de trabajo, feligreses, compañeros de escuela y amigos no tienen este significado completo para el individuo, sino que suelen limitarse a una faceta de la vida individual. (2)

Es una institución que permite satisfacer las necesidades del individuo, dentro de una sociedad, los integrantes de la familia se encuentran unidos por lazos

sanguíneos, que interactúan entre sí, que comparten una historia en común, tradiciones, costumbres, valores, creencias y normas de conducta.⁽³⁾

Se puede decir que la familia como todo organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y también muere, confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta común ; el advenimiento de los hijos, el educarlo en funciones sexuales y sociales, el soltarlo a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja sola nuevamente. Si la familia cumple con estas funciones, será una familia sana y si en alguna de ellas fracasa y se detiene, será un sistema enfermo.⁽⁴⁾

La familia enfrenta procesos cíclicos evolutivos en su existencia, aún cuando todas las familias transitan por las mismas etapas en su ciclo vital, las enfrentan y viven de diferente manera, de acuerdo a la influencia de factores socioeconómicos, culturales e históricos. El concepto medular del ciclo vital de la familia, es la noción de que ésta cambia en su forma y función, y lo hace en una secuencia ordenada de etapas evolutivas; y de que los cambios que se dan de una etapa a otra son previsibles. Las Etapas del ciclo vital de la familia son según Estrada. El desprendimiento, el encuentro, Los hijos, La adolescencia, El reencuentro, y finalmente la vejez. (6,7).

El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución y estas están constituidas según J. Geyman por el matrimonio, la expansión, dispersión, etapa de independencia, y finalmente retiro y muerte. (8)

La familia es la institución básica en el seno de la cual se determina por sus funciones básicas, el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Según Maslow, el comportamiento humano está motivado, por las necesidades que son: fisiológicas (agua, aire, alimentos, sexualidad), de seguridad (orden, normas), sociales (amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano), De estima (respeto de uno mismo, logros y obtención de respeto de los demás) De realización personal (satisfacción de la capacidad personal y superación). (42)

Desde el punto de vista psicológico, Ackerman considera a la familia como el grupo en el que experimentamos nuestros amores más fuertes, nuestros odios más grandes, donde disfrutamos las satisfacciones más profundas y las penas más intensas.⁽⁵⁾

La dinámica de la familia según Jackson, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.⁽⁵⁾

La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituye un cambio abierto formado por varios subsistemas. (1,5)

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engrane en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: La Composición (nuclear, extensa o compuesta), El Desarrollo (tradicional o moderna), La Demografía (urbana, suburbana o rural), La Ocupación (campesino, empleado o profesional), La Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, y se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisivas o reciproca con autoridad, los Limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías pueden ser, claros, difusos o rígidos y La Comunicación que no es mas que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada. (41)

La estructura de la familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa, con fines de estudio es posible especificar esas interacciones en los siguientes parámetros: jerarquía, alianzas, límites, roles o papeles y redes de apoyo. Además de otras dos dimensiones sistémicas que matizan a estos parámetros mencionados: la comunicación y la flexibilidad. (8, 41)

No existe familia sin problemas y aunque no haya una definición de normalidad familiar universalmente aceptada: una dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de otros miembros. (1,5)

La familia a manera de pequeña sociedad, es la arena donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección de tolerancia, de firmeza y de cariño. Es un medio flexible y atenuante, que limita y que contiene, y al mismo tiempo que sirve de traducción de los impulsos de un mundo interno caótico, a uno más claro y significativo y de los estímulos masivos de una sociedad incomprensible a un mundo más organizado. (4,5)

La familia, en este nuevo enfoque, puede verse como la unidad fundamental de la sociedad, recorriendo su ciclo vital entre penas y alegrías, donde puede seguir armónicamente su camino o bien pretender dar zancadas, avanzar a grandes saltos, brincarse etapas, regresar a pautas emocionales anteriores o detenerse para siempre en alguna parte del camino. (6)

Sin embargo la familia es un sistema que sólo a través de largos años ha podido manifestarse como una institución sofisticada que ofrece un sin número

de ventajas y servicios; entre otros, la posibilidad de que se desarrollen el amor y la ternura, que puede ser difícil de lograr. ⁽⁶⁾

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. ⁽⁷⁾

El estudio de la familia se ha abordado desde diferentes disciplinas como la sociología, arqueología, filosofía, antropología y psicología entre otras, lo que implica diferentes enfoques hacia el estudio de la misma. Las familias mexicanas han sido analizadas, novelizadas, clasificadas, tipificadas y evaluadas por diferentes profesionales y con distintos instrumentos. ^(4,7)

Existen crisis familiares normativas y no normativas. Las normativas son las propias de cada etapa del ciclo vital, y que tarde o temprano debe experimentar y superar. Las no normativas, son las situaciones familiares que llegan a complicar el desarrollo habitual. Entre ellas contamos: familia desintegrada por el divorcio de los padres, familia contraída por la muerte de uno de sus miembros y familia reconstruida, principalmente, así como presencia de enfermedades ⁽⁸⁾

La familia vive en constante crisis en donde la familia es como una forma colectiva de encarar una crisis tras otra. ^(4,8)

El enfoque para examinar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en los individuos mismos aisladamente, de ahí que la familia adquiere una entidad diferente que la simple suma de sus componentes. La utilización del concepto de salud familiar implica la explotación de la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones, dentro de las cuales se encuentra incluida la de formar individuos sanos, tanto física como mentalmente ^(8,41)

El individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, este hecho sumerge a la persona y a su familia en un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas. La manera en que se interpreta el suceso será decisiva para determinar el curso final en la resolución de la crisis. ⁽⁹⁾

Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entren en crisis, cuanto más podrá desequilibrarla el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica que puede ser un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico y mental o ambos, en el individuo que lo padece, incluso a la muerte. ⁽⁹⁾

Las familias con un mejor sostén emocional y material tienen mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad, por otra parte, aquellas que viven relativamente aisladas de la sociedad, en pobreza, o

que son estructuralmente inflexibles, pueden tener mayor dificultad para adaptarse. La actitud de la familia resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad. ^(9,10)

Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia, tanto como al individuo, provocando cambios en su organización, mismos que repercutirán en su funcionamiento o competencia pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel, con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad al mismo tiempo que adquiere en control sobre la misma. ^(9,10)

Knoblit (1984) señala que la presentación de Diabetes Mellitus en un miembro del grupo familiar implica necesariamente una situación de crisis, la cual dependerá de varios factores, como el grado de posibilidades que existan para lograr un equilibrio metabólico que garantice la salud de un individuo, las circunstancias que hayan rodeado al diagnóstico inicial, el grado de dolor de la enfermedad o los tratamientos. ^(9, 10)

El curso y desenlace de las enfermedades como la Diabetes Mellitus están influenciados por variables sociales y emocionales; estos factores pueden tener un efecto decisivo en la manera en que la enfermedad se desarrolla, y el grado de impedimento y adaptación del individuo y la familia a dicha enfermedad. ⁽¹⁰⁾.

Las intervenciones constituyen el vehículo a través del cual se espera que se produzcan modificaciones en las áreas conductuales, cognitivas y afectivas del grupo familiar. ⁽¹⁰⁾

Las intervenciones se pueden centrar en promover y mejorar los aspectos organizacionales que parecen ser no funcionales en la familia, siempre y cuando se considere que cualquier modificación que se realice en el área del funcionamiento tendrá cierto grado de impacto en otras facetas de la organización familiar. ⁽¹⁰⁾

Beavers y Hampson consideran que se puede utilizar la evaluación familiar para determinar cuándo se necesitan y son útiles las intervenciones y directrices y cuándo interfieren con el cambio, el crecimiento y la autonomía de los miembros de la familia. Además debe tener la capacidad de integrarse al sistema familiar, averiguar a que nivel está funcionando y ayudar de manera eficaz a que la familia se torne flexible y resuelva sus conflictos a través de un adecuado proceso de negociación. A fin de efectuar esto, debe haber una organización que incluya apertura confianza, y una relativa libertad personal para pensar y comunicarse. ⁽¹⁰⁾

1.2. Salud Competencia Familiar

Es preferible no utilizar los calificativos “normal” o “anormal” para referirnos al comportamiento de las familias, pues si los criterios para definir la normalidad psicológica del individuo son controvertidos, la naturaleza más compleja del sistema familiar hace prácticamente imposible determinar con precisión esos aspectos. Por ello, tal vez sea más acertado y práctico utilizar el término “**salud-competencia familiar**”, acuñado en 1972, por Beavers W.R., **que propone diagnosticar el grado de salud bio-psico-social dinámica de las familias**. Beavers creó un modelo clínicamente útil para la evaluación familiar, el **Modelo de Sistemas de Beavers**. Anteriormente este instrumento se llamaba Escala Beavers-Timberlawn de Evaluación Familiar; se elaboró inicialmente en 1972 y se utilizó en el estudio sobre familias sanas de la Timberlawn Research Foundation, con el objetivo de **identificar aquellas cualidades de la familia asociadas con el éxito en importantes funciones familiares**. La escala original de 13 ítems se ha reducido a 12 ítems, con ligeros cambios en las valoraciones que ahora se incluyen en la escala de intimidad/autonomía. El modelo ha incorporado al concepto de competencia familiar la teoría de sistemas, las observaciones clínicas familiares y diversos tratados sobre la disfunción familiar. Sin embargo, el continuo trabajo con familias que tienen diferentes tipos de trastornos emocionales y de conducta entre sus miembros y las observaciones clínicas de patrones de interacción de vínculo frente a desvinculación, nos ha llevado a la dimensión del estilo relacionado e inseparable, central en nuestro modelo de evaluación. El modelo estipula la medición de la **salud-competencia** en familias enteras mientras participan en la ejecución de un ejercicio. Investigaciones previas han demostrado que la competencia en pequeñas tareas está íntimamente correlacionada con la competencia en responsabilidades familiares mayores. Las virtudes de este modelo derivan en parte de sus aspectos conceptuales y de su buen historial. Basado como está en un enfoque clínico por sistemas familiares de la enfermedad y la salud, este modelo ofrece un método de evaluación clínicamente válido. El inventario familiar de auto informe (SFI) es un cuestionario de 36 ítems que (como otras escalas de auto informe) se puede utilizar como un instrumento de muestreo aceptable para identificar el funcionamiento familiar equivocadamente sano o competente. (7,11)

Esta escala esta diseñada para puntualizar las percepciones de los individuos sobre la competencia familiar global, cada ítem se evalúa en una escala de cinco categorías que van correspondiendo al grupo de mayor a menor competencia

La salud/competencia. (19 ítems) los temas que se tratan en esta escala son los de la felicidad, el optimismo, la resolución de problemas y las habilidades negociadoras, el amor familiar, la fuerza de las coaliciones paternas sin suplantarse las coaliciones padre-hijo, el énfasis sobre la autonomía /individualidad y los patrones de mínima culpabilidad / aumento de la responsabilidad.

El conflicto. (12 ítems) está relacionado con la competencia, en cuanto que las puntuaciones “sanas” indica niveles bajos de conflicto manifiesto no resuelto, lucha, culpabilidad, y discusión, con niveles altos de negociación y aceptación de la responsabilidad.

La cohesión. (5 ítems) también esta relacionado con la competencia. Se refiere a la satisfacción y la felicidad que consiguen estando juntos y mediante la cercanía familiar.

El liderazgo. (3 ítems), incluye valores de patrones fuertes y consistentes de liderazgo en la familia (ya sea compartido o individual): esta escala también tiene una buena correspondencia con la competencia global, en la que las familias más sanas presentan puntuaciones de liderazgo más altas.

La expresividad emocional. (5 ítems), también está relacionada con la competencia familiar global y se refiere a las percepciones de sentimientos de cercanía, a las expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos, y a la facilidad con que expresan los miembros de la familia la calidez y el afecto. (7,11)

Con el término “**salud-competencia familiar**” Beavers, evalúa el nivel de suficiencia-insuficiencia que tiene cada familia para la resolución de crisis familiares, considerando a la familia inmersa en un contexto social, participa dinámicamente del proceso salud-enfermedad. Determina la capacidad y habilidad interactiva que tiene la familia para negociar situaciones problemáticas, permitir la claridad de expresión individual, respetar las opciones y ambivalencias individuales con responsabilidad, verdad y confianza, participando activamente en el reconocimiento de la autonomía /individualización, de cada uno de sus integrantes. Valorando el deterioro que puede sufrir la armonía familiar como consecuencia de un “conflicto” o “crisis” y la habilidad que tiene para la resolución del mismo. ^(11, 12)

Esta forma de categorización de la salud-enfermedad de las familias, clasifica a las familias en cinco niveles, de menor a mayor grado de competencia en: severamente disfuncional, limítrofe, media, adecuada y óptima. Además, a estos cinco niveles, los vuelve a clasifica en sanas (aquellas familias que se encuentren en los estadios: limítrofes, medias y adecuadas), y patológicas (a las que se encuentren en el nivel severamente disfuncional). ⁽¹²⁾

En las familias óptimas se presentan niveles consistentemente altos de capacidad negociadora, claridad de expresión, individualidad, respeto hacia las opciones, la ambivalencia individual, y actividades mutuas de afinidad. Todos los miembros parecen competentes, reconocidos y confiados; el producto resultante es un grupo de individuos que son espontáneos, disfrutan de la compañía de los demás y se les permite una expresión clara y directa de los sentimientos, actividades y opciones. Se da de forma generalizada un reconocimiento de que los individuos son únicos y respetados, y no el estereotipo de roles que se dan en los niveles más bajos. Los padres en este tipo de familias son líderes claros, se apoyan mutuamente, se quieren y constituyen modelos apropiados de respeto e intimidad para los hijos. ^(11,12)

En las familias adecuadas hay un sistema relativamente sano y competente; también alientan y respetan la individualidad, la claridad de expresión y la responsabilidad de los individuos. No obstante, suele haber una negociación de las diferencias menos eficaz y competente, una coalición paterna más débil y menos espontaneidad de los intercambios emocionales. Hay más estereotipos de roles, incluso hasta el punto de que la familia tenga un portavoz, árbitro de conflictos o mediador. La autonomía y la individualización son más difíciles de lograr a menudo sólo se consigue con un distanciamiento progresivo aunque la calidez y el apoyo son posibles a veces. Algunos de los miembros o la mayoría de ellos son individuos competentes, aunque el logro de tal estatus parece haber requerido más esfuerzo y lucha. (11,12)

En las familias medias hay dificultades considerables para un funcionamiento tranquilo y eficaz, presentan un cierto grado de dolor emocional, y al menos uno de sus miembros ha recibido, en algún momento, un diagnóstico de trastorno emocional de leve a moderado. Estas familias producen una descendencia "sana pero limitada", normalmente diagnosticada de trastorno neurótico o de conducta; dentro de la familia existen límites razonablemente claros y entre sus miembros, se presentan límites generacionales. La relación entre los padres es inestable y desigual en estatus de poder, por ello, son difíciles la negociación y la claridad, mientras que la afinidad y la espontaneidad están en niveles mínimos. Según descienden la claridad y la negociación respetuosa, los intentos de control aumentan; hay más absolutos en lo referente a los tipos de sentimientos cuya expresión se permite y a estrictos "deberías" que los miembros de la familia deben sentir y demostrar. La culpa y la necesidad de defenderse sustituyen a las expresiones claras y directas de sentimientos y responsabilidad. El tono de sentimientos del conjunto de la familia suele ser ansioso, al límite, deprimido, o manifiestamente colérico. (11,12)

En las familias limítrofes la competencia y la negéntropia, también descenden de la estructura y el funcionamiento interactivo en todas las áreas. Un tema crucial en estas familias son las luchas de poder esporádicas, ineficaces y caóticas según oscila el sistema entre el caos y los intentos de control dominante. Las coaliciones paternas son vagas y oscilan en luchas de dominio/sumisión, y las relaciones interpersonales están cambiando continuamente, ya que estas familias no son tan eficaces como las familias medias en el establecimiento de relaciones rígidas y estables orientadas al control.

Los miembros de la familia son incapaces de atender a las necesidades emocionales de los demás (ni a las suyas propias), y se produce algo parecido a un distanciamiento receloso y tenue. El tono global es normalmente el de un sistema temeroso de sí mismo, en algunos casos de marcadamente deprimido a hostil y colérico. Estas familias tienden a producir una descendencia con más trastornos que imita el caos y los intentos de control excesivo, incluyendo trastornos limítrofes de personalidad y paciente gravemente obsesivos y anoréxicos. (12)

En las familias con trastorno grave. La mayor necesidad/deficiencia de la familia es la coherencia, reflejada en los patrones de comunicación y en la estructura del límite relacional. Como resultado, los miembros de la familia

tienen poca habilidad para resolver la ambivalencia, negociar el conflicto y avanzar individualmente en busca de iniciativas autónomas. En la observación de sus interacciones, estas familias son uniformemente deficientes en centrar la atención en la tarea; en cambio sus miembros mantienen una distancia incómoda entre unos y otros. Se comportan como si los contactos humanos y las revelaciones individuales fuesen a tener consecuencias incómodas o destructivas. Por ello, el tono es de oposición, el humor es escéptico y desesperado, y el tratamiento de las emociones es encubierto. El funcionamiento de estas familias se ve además impedido por la ausencia de un liderazgo claro y por una coalición paterna disfuncional o de divorcio emocional.

(12)

En las familias “sanas”, con suficiente salud-competencia, se encaran las crisis en grupo; cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros y no las explota. Cada miembro da apoyo a los otros pero también lo pide. Hay cierta igualdad en el nivel humano, que permite el cambio cuando se necesita funcionar de una manera satisfactoria. El grupo familiar identifica sus problemas de una manera clara y no dudan en expresar verbalmente su inconformidad o incomodidad cuando una situación difícil llega. Se dicen mutuamente lo que uno quiere y lo que el otro no quiere y están dispuestos a negociar, sin experimentar rencor ni resentimiento exagerado. (12)

Basado en un enfoque clínico por sistemas familiares de la enfermedad y la salud, la evaluación de la competencia familiar se divide en escalas que son:

Estructura Familiar.

Poder manifiesto. El cual se observa en las interacciones presentes, tales como quién se dirige a quién, y quien de entre los miembros de la familia dirige los intercambios.

Nivel 1. Caos. Representa un grado alto de entropía y niveles bajos de liderazgo eficaz relacionado con la realización de claridad en los límites generacionales.

Nivel 2. Dominio Marcado. Existe un dominio marcado por un miembro de la familia, generalmente un adulto. Un liderazgo rígido y autoritario señala un intento de organizar la naturaleza caótica del sistema. También existe una postura de dominio/sumisión en la pareja

Nivel 3. Dominio Moderado. La adaptabilidad y la flexibilidad aumentan; la orientación media de poder permite un intercambio más lateral y un desarrollo de las relaciones.

Nivel 4. Dominio Dirigido. Los patrones de dominio se mitigan más, permitiendo una negociación cada vez más directa, abierta y respetuosa y un avance hacia un liderazgo compartido.

Nivel 5. Dominio Igualitario. Es característico un liderazgo compartido entre los padres, existiendo una flexibilidad y una adaptabilidad para manejar diferentes situaciones de manera diferente. Capacidad de negociación flexible y dirección competente. (12,13)

Coaliciones paternas. Se refiere a la fuerza y calidad de la díada paterna esta se utiliza para familias con ambos padres.

Nivel 1. Coalición padre-hijo. Uno de los padres o los dos han entrado una coalición recíproca con un niño, del que se solicita apoyo, consejo y a menudo sustento.

Nivel 3 Coalición paterna débil. Coaliciones paternas más neutras, en las cuales no predominan ni las coaliciones padre-padre ni las coaliciones padre-hijo, denota una familia que no está unida consistentemente en patrones fuertes de coalición, siendo más bien un grupo de individuos en el que la estructura de normas operante parece ser la de “cada uno a lo suyo”.

Nivel 5. Coalición paterna fuerte. Una coalición fuerte y firme, los padres trabajan juntos. Los límites generacionales son claros y consistentes, estos padres se respetan mutuamente y suelen presentar una postura unificada de apoyo. (12,13)

Cercanía. Se refiere a la cercanía emocional que experimentan los miembros de la familia, cada uno de ellos necesita tener un sentido claro de su identidad personal. Representa valoraciones de la claridad de los límites interpersonales, así como la distribución relacionada de poder, que afecta al potencial y la manera en que las familias expresan la cercanía, la comprensión y el respeto.

Nivel 1 Límites amorfos, vagos y confusos entre los miembros de la familia. La familia presenta límites interpersonales y una aparente falta de intimidad, no se observa una sensación fuerte de individualización los miembros de la familia puede violar los límites de los demás.

Nivel 3. Aislamiento, distanciamiento. Los límites individuales son más claros y más definidos; la defensa rígida de estos límites hace que puedan oscilar entre los intentos de cercanía o distanciamiento o mantener una postura rígida.

Nivel 5. Cercanía con límites claros entre sus miembros. Los límites se tornan más definidos, con mayor facilidad para la expresión espontánea de los sentimientos y las visiones individuales del mundo. Los miembros de la familia dedican menos tiempo a defender abiertamente sus posturas y son más espontáneos; cada miembro es aceptado como único y completo la persona es aceptada y comprendida. (12,13)

Mitología. Evalúa la percepción de la realidad de la familia. Toda familia tiene una concepción de cómo funciona y de la imagen que da al mundo exterior. Esta escala determina el concepto que la familia tiene de sí misma.

Nivel 1. Muy congruente.

Nivel 2 Mayoritariamente congruente

Nivel 4 Algo congruente

Nivel 5 Muy incongruente. (12,13)

Negociación dirigida al objetivo. Se describe la habilidad interactiva de la familia para negociar situaciones problemáticas, tanto referidas a ejercicios de discusión o a diferencia de perspectivas más profundas. Negociación no es lo mismo que compromiso; la primera implica participación activa, la segunda

supone más “ceder o encontrar un punto medio” independientemente del proceso.

Nivel 1 Extremadamente eficaz

Nivel 2 Buena

Nivel 4 Deficiente

Nivel 5 Extremadamente ineficaz. (12,13)

Autonomía. Claridad de expresión. La valora en la revelación de los sentimientos y pensamientos individuales, está claramente relacionada con muchos de los otros puntos de valoración.

Una cualidad de esta valoración es el que se permite, y alienta a los miembros de la familia a hablar clara y directamente para que expresen sus propios pensamientos y sentimientos, tanto si son diferentes a los del conjunto del grupo como si son similares; así mismo, la claridad de expresión también se basa en la habilidad de la familia para permitir una revelación segura de sus pensamiento y sentimientos, para que los miembros asuman la responsabilidad personal de los pensamientos y sentimientos expresados; y así sean respetuosamente sensibles y permeables a lo que dicen los otros miembros de la familia; y finalmente a la forma en que la familia trata los sentimientos ambivalentes.

Nivel 1 Muy claros. Los miembros de la familia son claros y directos en su expresión, hay normalmente menos monopolización y un intercambio más activo entre los miembros de la familia.

Nivel 3 Algo vagos y ocultos. La expresión es posible en ciertos contextos pero parece moderadamente suprimida en el aquí y ahora.

Nivel 5. Casi nadie es nunca claro, y directo en la expresión de sus pensamientos y sentimientos predomina el pensamiento grupal los miembros parecen temerosos de establecer límites definidos. (11,12 ,13)

Responsabilidad. Se refiere al grado en que los miembros de la familia reconocen y aceptan la responsabilidad personal de sus propias acciones, pasadas presentes y futuras, dentro y fuera de los límites de las relaciones familiares. Culpar a otra persona y el menosprecio fácil son mecanismos para rechazar tal responsabilidad. Este concepto va acompañado de un alto grado de verdad y confianza.

Nivel 1 Los miembros son capaces de forma regular de admitir la responsabilidad de las acciones individuales, los miembros de la familia expresan un grado más alto de responsabilidad personal una menor culpa, evitación o distorsión, hay claridad, apertura, confianza y las relaciones igualitarias y respetuosas deben acompañar a la responsabilidad como cualidades sistémicas.

Nivel 3 Los miembros a veces reconocen la responsabilidad de las acciones individuales, pero entre las tácticas empleadas también se culpa a otros, se caracteriza por intentos rígidos de control y por una percepción de conducta

correcta, puede haber temor o ansiedad en relación con el reconocimiento personal de la responsabilidad.

Nivel 5 Los miembros apenas reconocen la responsabilidad de las acciones individuales, si es que alguna vez las reconocen, junto con una menor claridad y unos límites más difusos entre los miembros, hay poco reconocimiento de la responsabilidad personal y una gran cantidad de evitación. Las tácticas de evitación más notorias en estas familias menos competentes incluyen culpar a otro y atacar; así como de hacerse parecer víctima. (11,12, 13)

Permeabilidad. Se refiere al grado en que los miembros de la familia están abiertos y son receptivos a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás. La permeabilidad acompaña y reafirma la claridad. El indicador de la receptividad permeable, es que los miembros de la familia se reconozcan mutuamente cuando hablan y escuchan.

Nivel 1 Muy abierto. Los miembros escuchan y reconocen los mensajes de los demás, verbales y no verbales.

Nivel 2 Moderadamente abiertos. Los límites comunicativos son más rígidos, estando completamente cerradas las expresiones de algunos individuos, situados en relaciones de roles más predeterminadas.

Nivel 4. Miembros frecuentemente no receptivos a las afirmaciones personales de los individuos, dejando poco lugar a la conexión en lo que se refiere a conducta verbal relacionada con límites.

Nivel 5 Miembros no receptivos. No hay recepción de las afirmaciones de otros, el resultado motiva contradicciones manifestaciones, distorsiones o confusión de significado. (11,12, 13)

Afecto Familiar. Gama de sentimientos. Se centra en atender la gama de emociones expresadas en la familia, más que en la intensidad de estas expresiones afectivas. Las familias con trastornos permiten que se expresen relativamente pocos tipos de sentimientos, mientras que las familias competentes suelen mostrar una variedad mayor de estados de sentimientos.

Nivel 1 Expresión directa de una amplia gama de sentimientos. Los miembros de la familia son capaces de ser claros y directos en la expresión abierta y directa de sentimientos personales.

Nivel 2 Expresión directa de muchos sentimientos a pesar de alguna dificultad

Nivel 4 Aunque sentimientos se expresan, la mayoría se enmascaran.

Nivel 5 Poca o ninguna expresión de sentimientos. Los miembros de esta familia expresan una emotividad poco animada una sensación de tristeza o desesperación invaden a todos los miembros de la familia. (11,12, 13)

Humor y Tono. La valoración se basa en la combinación de las expresiones (“optimismo” y “pensamiento” son atribuciones cognitivas, pero influyen sobre el tipo y la naturaleza de las expresiones afectivas) y el tono emocional general de la familia.

Nivel 1 Normalmente cálido, afectivo, festivo y optimista. Hay una sensación de alegría, humor, optimismo y espontaneidad que crea una atmósfera en las que las personas se gustan unas a otras y se divierten juntas.

Nivel 2 Cortés, sin validez, ni un afecto llamativos o frecuentemente hostil con momentos de placer, es probable que los miembros de la familia tengan comportamientos que indiquen que esperan que el próximo encuentro o intercambio sea divertido o positivo; puede haber una cierta ira/hostilidad o una sensación de positivismo cortés, sin calidez espontánea.

Nivel 3 Abiertamente hostil.

Nivel 4 Deprimido.

Nivel 5 Escéptico, desesperanzado y pesimista. La esperanza el futuro y la alegría no forman parte del vocabulario y el tono de estas familias. (11,12, 13)

Conflicto Irresoluble. Se valora la eficacia de la familia en la negación del conflicto y valora en qué medida el grupo se puede haber visto deteriorado, como consecuencia de él, por cuestiones, heridas o guerras frías no resueltas que hayan existido a lo largo del tiempo.

Nivel 1 Poco conflicto irresoluble o ninguno. Los miembros de la familia son más claros y más directos en la expresión y comprensión de sus diferencias, que se producen más bajo la forma de diferencias que de ataques personales o culpabilidad continua.

Nivel 2 Una cierta evidencia de conflicto no resuelto, sin deterioro del funcionamiento del grupo.

Nivel 3 Conflicto claro. Con un ligero deterioro del funcionamiento del grupo, los miembros de la familia pueden empezar a culpar o a criticar a una persona, o a culpase definitivamente entre sí por probablemente familiares presentes o pasados.

Nivel 4 Conflicto claro, con deterioro moderado del funcionamiento del grupo.

Nivel 5 Conflicto grave. Con deterioro grave del funcionamiento del grupo, los miembros de la familia pueden ser muy expresivos y confrontadores respecto a viejos conflictos no resueltos. (11,12, 13)

Empatía. Se refiere al grado de respuestas de afinidad, comprensivas y con empatía frente a respuestas de oposición, inapropiados o de resistencia ante la emoción expresada. La empatía tiene que ver con la recepción precisa. La compensación y la respuesta congruente de una persona a la apertura emocional de otro, con la participación y el comportamiento de esos sentimientos.

Nivel 1 Sensibilidad consistente y con empatía. Denota la existencia en todo el sistema de respuestas precisas, abiertas y facilitadas a las emociones expresadas por los individuos.

Nivel 2 Por regla general hay sensibilidad con empatía hacia los demás, a pesar de una resistencia obvia algunos de sus miembros pueden preferir seguir menos implicados en los sentimientos de otros, o se manifiesta una cierta resistencia de todos los miembros a reconocer ciertos sentimientos en los demás (ira, decepción).

Nivel 3 Se intenta una sensibilidad con empatía, pero no se consigue mantenerla.

Nivel 4 Ausencia de sensibilidad con empatía, hay ausencia enmascarada de todo intento coherente de relación.

Nivel 5 Muy inapropiado frente a los sentimientos, se ven respuestas dramáticas o pasivamente inapropiadas a las emociones expresadas, estando los miembros individuales de la familia desafinados respecto al tono emocional de los demás. ^(11, 12, 13)

1.3 Diabetes Mellitus

A principios del siglo XXI destaca la emergencia de la Diabetes Mellitus como el prototipo de las enfermedades crónicas ligadas al proceso de envejecimiento de la población, al incremento de la obesidad y a la adopción de nuevos patrones de comportamientos como los cambios en la dieta y la reducción de la actividad física. ⁽¹⁴⁾

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad descubierta hace miles de años, aunque, curiosamente, a lo largo de la historia de la humanidad ha sido olvidada y redescubierta en más de una ocasión. Hace más de 2000 años los médicos hindúes recomendaban ejercicio a sus pacientes diabéticos, al igual que Aristóteles en la antigua Grecia. Antes del descubrimiento de la insulina, los métodos terapéuticos utilizados para controlarla eran la dieta y el ejercicio. ^(15,16)

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por alteraciones en el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas derivadas de las deficiencias en la secreción o la acción de la insulina. Es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, que finalmente se expresan en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros inferiores. ^(14,15)

La relevancia directa de esta patología está definida por la magnitud de las poblaciones afectadas en todo el mundo y el incremento en el riesgo de muerte prematura por estar asociada con otros problemas igual de importantes como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cerebro vasculares. ⁽¹⁴⁾

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en 2030. ⁽¹⁴⁾ La mayoría vive en países en desarrollo y cerca de 80% de ellos tienen años de vida perdidos por discapacidad a causa de la Diabetes Mellitus que ocurre en los países pobres. Para el año 2000 se calculó que el número de diabéticos en América era de 35 millones, cifra que se incrementará a 64 millones en 2025; un 52% de los diabéticos en el continente viven en América Latina y el Caribe, y esa proporción crecerá a 62% en 2025. ⁽¹⁶⁾ El problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de los personas con Diabetes Mellitus en América Latina desconoce su condición de enfermo, lo cual desafía al programa de detección y complica la implantación de las estrategias de atención, control y prevención. ^(14,16,17)

La situación en México es parecida al resto de los países en desarrollo en cuanto a la magnitud del problema, aunque las cifras varían de acuerdo con la fuente, el nivel de atención, la población de referencia, el tipo de diagnóstico,

los criterios de clasificación, etcétera. En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993) se informó una prevalencia general de 8.2 y 21% en los adultos de 60 a 69 años. ^(14, 16, 17)

La Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II, 1994) indicó una prevalencia de Diabetes Mellitus de 9% para la población mayor de 60 años, y una tasa de morbilidad percibida de diabetes de dos por cada 1000 habitantes, para ubicarse entre los principales problemas de salud reportados, ya que 2% de las personas la identificó como un problema de salud en los últimos quince días previos a la encuesta.⁽¹⁸⁾ Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000)⁽¹⁹⁾ registró una prevalencia general de Diabetes Mellitus de 7.5% en la población mayor de 20 años. ⁽¹⁴⁾.

Como causa de morbilidad, la Diabetes Mellitus tipo 2 produjo 287 180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el décimo segundo lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad en el país. ⁽²⁰⁾ En cuanto a la demanda de servicios hospitalarios, la Diabetes Mellitus se ubica dentro de los principales motivos de demanda en el segundo y tercer nivel. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas “Salvador Zubirán”, de la Secretaría de Salud, registró a la Diabetes Mellitus como la responsable de 26% de los egresos, mientras que el Hospital General “Manuel Gea González”, de la Secretaría de Salud, y el Hospital “Adolfo López Mateos”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la identificaron como responsable de 33 y 20% de los egresos, respectivamente. ^(14,17)

La mortalidad por Diabetes Mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos. ^(17,18)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable de 5% de las consultas de medicina familiar durante 2002; generó 62 745 egresos, lo que representa 3% del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalente a 18% del total de las defunciones en la institución. La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20% en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable de 15% de las defunciones. ⁽¹⁸⁾

La DM es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos. Su origen y etiología pueden ser muy diversos, pero conllevan inexorablemente la existencia de alteraciones en la secreción de insulina, de la sensibilidad a la acción de la hormona o de ambas en algún momento de su historia natural. ⁽¹⁹⁾

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es un síndrome metabólico causado por una combinación variable de deficiencia de insulina y de insensibilidad a los efectos hipoglucemiantes de la misma (insulinorresistencia). Esta última, sólo produce

diabetes cuando la reserva secretora de los islotes está también deteriorada y no puede producirse la hiperinsulinemia compensadora. ⁽¹⁹⁾

La prevalencia de DM continúa en ascenso en todo el mundo. En 1985 se estimó que existían 30 millones de pacientes y para 1995 esta cifra creció a 135 millones, para el año 2025 se calcula será de 300 millones. Los diez países con más casos en el mundo son por orden de frecuencia India, China, EUA, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania, de continuar con esta tendencia México en el año 2025 ascenderá al séptimo lugar. ^(19,20)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 1999 ocurrieron 55'965,000 muertes y de estas el 1.4% fueron debidas a la diabetes; para ese mismo año en América ocurrieron 5'687,000 defunciones y alrededor del 3.7% fueron registradas como diabetes, se calcula que debido a problemas específicos de registro deficiente, la DM podría estar ocasionando una mortalidad mucho mayor que la reportada en las estadísticas vitales. ⁽²⁰⁾

La transición demográfica y epidemiológica que está sufriendo México, ha llevado a la población a una mayor esperanza de vida al nacer, hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025. También destaca un crecimiento acelerado en la población adulta mayor, en quienes el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico degenerativas se incrementa. Se estima que este ritmo en el crecimiento del número de adultos mayores, se mantendrá por lo menos durante los próximos 50 años. ^(22, 23, 24, 25)

Las personas adultas y jóvenes de hoy formarán parte del grupo de los adultos mayores durante la primera mitad del siglo XXI. ⁽²⁵⁾

En México la mortalidad por DM ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, a una tasa de 15.5 defunciones por 100,000 habitantes hasta llegar a ocupar en 1997 el tercer lugar de la mortalidad general y donde se ha mantenido hasta 1999 cuando ocurrieron 443,950 defunciones y de estas 45,632 se debieron a diabetes lo que representó un 10.3% de las defunciones. ⁽²⁴⁾

En el mundo, una de cada diez personas sufre de este mal crónico e incurable. En México, 8.2% de la población mexicana entre 20 y 69 años la padece y un tercio de la población ya padece esta enfermedad y no lo sabe, se relaciona con más de la mitad de los casos y son asintomáticos, no se les hace un diagnóstico temprano. ^(21,23) Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro y medio millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Este hecho impide que los individuos busquen tratamiento o que sabiéndose enfermos, no acudan a los servicios de salud, o lo hagan de manera irregular. ^(22, 23, 24)

La DM2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9% en las poblaciones urbanas y 3.2% en las comunidades rurales; se asocia con altas tasas de mortalidad, y

complicaciones crónicas que deterioran la calidad y tiempo de vida de quien la padece. ^(23,24)

El incremento del número de pacientes con DM2 es debido principalmente a una mayor prevalencia de la obesidad y a una disminución en la actividad física. ⁽²⁵⁾

El tratamiento de la DM demanda algo más que recursos y servicios de salud. Se requiere de un esfuerzo educativo adicional, enfocado al núcleo familiar puesto que es la red social más cercana al paciente, para modificar hábitos de vida, alimentación diaria, cuidado personal, aprendizaje sobre la enfermedad y el autocontrol de la glucemia. La familia constituye el primer grupo de apoyo del paciente. Sin la educación y participación de las familias de pacientes con diabetes, la obtención de resultados médicos se dificulta. ^(26,27)

Cada año aparecen publicaciones que abordan métodos diagnósticos, avances en terapéutica y en el aspecto dietético, sin embargo, muy pocos estudios se refieren al impacto que tiene la DM en el funcionamiento familiar, ^(28,29) sólo encontramos un estudio de Quiroz y colaboradores, enfocado a medir la salud-competencia familiar, de las familias de pacientes con diabetes tipo 2; en comparación con las familias de personas sin diabetes, que demostró menor grado de salud-competencia en las familias con pacientes diabéticos. ⁽²⁹⁾

1.4 Perfil del Médico Familiar

La Medicina Familiar desde sus inicios ha presentado diversas modificaciones al perfil del médico familiar, sin embargo es necesario delinear uno acorde con los nuevos tiempos debiendo ser lo suficientemente versátil ante las cambiantes estructuras, situaciones económicas y sociales, así como a la insostenible situación del modelo de atención para la salud que adolece nuestro país. ⁽³⁰⁾

Las características básicas en el médico del nuevo milenio son:

Polivalencia. Las necesidades en salud de la población, no son homogéneas por ser cambiantes con el pasar de los años e incluso dentro de una misma sociedad, requiere un tipo de médico, con una base amplia de conocimientos científicos suficientes para responder a las nuevas exigencias de su entorno y con una alta capacidad de resolución en la atención primaria.

Orientación comunitaria. Esta es una característica importante ya que extiende la relación médico paciente hacia los grupos sociales y corporaciones, realizándolo directamente a través de los equipos de salud, con la finalidad de lograr la autogestión de dichas comunidades en el ámbito de la salud individual y comunitaria.

Trabajo en equipo. La actualidad exige al profesional de la salud dejar el conformismo de ser independiente, elevándose el nivel de interdependencia, optimizando su labor con lo mejor de los miembros del equipo de salud y otros especialistas, dando así rentabilidad a la toma de decisiones condensadas. Además requiere ampliar el círculo de su equipo de salud a extenderse a otras disciplinas profesionales como la informática y su ingreso a instituciones con educación médica continua, a fin de mantenerse acorde al día, con las necesidades de su población.

Autogestión en salud. Es el compromiso a la necesidad primero de responder, considerarse y comprometerse como el gestor de su quehacer clínico, de su tiempo, del tiempo del ciudadano, de los recursos humanos (equipo de salud, especialistas, etc.), entendiendo esto como la capacidad de manejar de manera integral y óptima los diferentes recursos a su disposición, con el fin de obtener el mayor beneficio del paciente y su comunidad. ⁽³⁰⁾

Educación para la salud. Actualmente se requiere que la educación para la salud sea intencionalmente dirigida hacia la prevención del daño con énfasis en el auto identificación de los factores de riesgo que amenazan la salud de la población. Se necesita una promoción de la salud que logre adaptarse e integrarse al mosaico cultural de nuestras sociedades a través de una educación activo-participativa, dando cabida a la crítica como mecanismo generador de cambios positivos.

Como conclusión el médico familiar se reconoce básicamente como un profesional de la salud que se responsabiliza de la población a su cargo sin distinción de grupos, edad, enfermedad, proporcionando una atención integral,

con un enfoque biopsicosocial, y una orientación de compromiso social, una filosofía de trabajo en equipo y sobre todo ser gestor, no solo en su economía y su práctica sino de su futuro libre de influencias superficiales, ya que de esto dependerá en gran medida su trascendencia en la historia. (30,31)

Tomando en cuenta que la salud esta ligada al destino general de la nación, a medida que el país se transforma, el sistema de salud y la sociedad deben hacerlo también.

El avance económico, el bienestar social y la estabilidad política depende de la buena salud, por tanto no puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda a las legítimas aspiraciones de toda población, sin una participación frontal y autogestiva del personal de salud y de la misma población. (30)

La atención primaria es la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población y su calidad depende de la disponibilidad de Médicos Generales de Familia bien orientados y entrenados hacia aquello que, las especialidades no pueden hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas. (31)

Por lo tanto, es necesario fomentar un modelo de perfil profesional que tenga como elemento esencial una estrecha relación médico-paciente.

En la definición de Médico Familiar publicado por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), encontramos los elementos específicos del perfil del Médico de Familia.

El Médico Familiar es el profesional que, ante todo, es responsable de **proporcionar atención integral y continuada** a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud que presentarán sus servicios cuando es necesario. (30,31)

El Médico Familiar es un generalista en tanto que **acepta a toda persona que solicita atención**, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, género y/o diagnóstico de los pacientes. (31,32)

El Médico Familiar **atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad** de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El Médico Familiar ejerce su rol profesional **proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales** en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja. (31,32)

Son cinco las áreas que definen la práctica profesional del Médico de Familia.

- 1. Área de atención al individuo.**
 - 2. Área de atención a la familia.**
 - 3. Área de atención a la comunidad.**
 - 4. Área de docencia e investigación.**
 - 5. Área de apoyo.**
- 1. Área de atención al individuo.** La primera responsabilidad del Médico de Familia, es presentar una atención clínica efectiva y eficiente. Por lo que deberá poseer conocimientos habilidades y actitudes que le capaciten para conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación). Atendiendo el proceso diagnóstico y terapéutico procurando que el paciente permanezca lo más cercano posible de su comunidad natural.
 - 2. Área de atención a la familia.** El triángulo formado por el individuo, la familia y el Médico, constituye la base de la medicina familiar. Por lo que realizará una recopilación de información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares y estructurándolos, valorando la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes puedan tener los períodos críticos en el ciclo vital de las familias.
 - 3. Área de atención a la comunidad.** La práctica de la medicina familiar incluye la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Por lo que esta especialidad de la profesión médica reguló “promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitaria”. Tomando en primer lugar su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto. En segundo lugar el Médico Familiar deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios y promoviendo esta participación cuando no exista o esté limitada. En tercer lugar la planificación como fase previa a la acción, cuya incorporación es básica para conseguir que la práctica del Médico Familiar se centre en los problemas prioritarios y tenga una orientación comunitaria.
 - 4. Área de docencia e investigación.** Es indispensable que los Médicos de Familia hagan todo lo posible por realizar actividades incluidas en esta área ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional
 - 5. Área de apoyo.** En esta área el Médico de Familia debe incluir el trabajo en equipo de atención primaria llevando a cabo un manejo efectivo en todos los integrantes de este nivel de atención. Gestión de recursos y administración sanitaria que es el Sistema Nacional de Salud y constituye el marco laboral más habitual del Médico de Familia ya que es la empresa de servicios cuya misión es prestar asistencia,

prevención, educación para la salud, etc., los cuales debe llevar a cabo el Médico de Familia. Los sistemas de registro e información sanitaria consisten en el establecimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos, el diseño de programas de salud comunitarios o para determinados grupos de riesgo, la selección de actividades docentes y la investigación, sólo se harán correctamente si se dispone previamente de la suficiente y adecuada información, por lo que el Médico de Familia debe saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de información de su equipo de atención primaria y a las suyas propias. Garantía de calidad la trascendencia social del trabajo que se realiza en atención primaria implica que nuestro objetivo no sea sólo el de prestar asistencia sanitaria como tal, sino que sea asistencia sanitaria de calidad, por lo que, se precisa del monitoreo y seguimiento de la atención que la población recibe, intentando definitivamente garantizar la calidad de la asistencia.^(31,32)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La DM constituye un problema de salud pública tanto en el ámbito biológico, como en el psicológico y social. Afecta diferentes aspectos de la vida del individuo y de su familia. Resulta importante para la Medicina Familiar establecer el diagnóstico de salud de las familias, y definir el grado de funcionalidad familiar; para un manejo integral del paciente diabético.

En 1997 el costo de la atención de la DM y sus complicaciones incluyendo incapacidades y pensiones, fue de 2,394'310,198 pesos, que equivale al 10.4% del presupuesto asignado a prestaciones medicas. ^(33, 34)

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la DM fue responsable del 5% de la consulta de medicina familiar durante el 2000, lo que representa un incremento en números absolutos de 10 762 casos; la tasa de morbilidad aumentó en 14.62%, al registrar valores de 773 por 100 mil derechohabientes de 65 y más años en 1990 y de 886 en 1997. Las defunciones fueron 17042 equivalentes al 18% del total de las defunciones. Ocupó el primer lugar como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20% en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en segundo lugar y es responsable de 15% de las defunciones. ⁽²⁵⁾

Cada año aparecen más publicaciones que abordan métodos diagnósticos, avances en terapéutica, aspectos dietéticos, sin embargo muy pocos estudios se refieren al impacto que tiene la DM en el grado de funcionalidad familiar. Esta influye en el curso de la enfermedad y es fundamental, ya que se ha encontrado relación entre disfunción familiar y control glucémico. ⁽²⁹⁾

La DM constituye uno de los mayores retos para las diversas instituciones y organizaciones que han asumido el encargo social del cuidado de la salud. Es la cusa principal de enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas, neuropatías periféricas somática y autonómica. La DM, especialmente la tipo 2 representa un paradigma de las enfermedades crónicas para su abrumadora presencia.

Por lo anterior, el presente estudio pretende evaluar, el grado de salud-competencia familiar entre familias con un integrante diabético con aquellas que no lo tienen. Ya que representa un verdadero reto para el Médico Familiar.

¿Existe diferencia en el grado de salud-competencia familiar entre las familias sin integrantes diabéticos comparadas con las familias con algún integrante diabético, en familias adscritas a la UMF 63, del IMSS en el turno matutino y vespertino de Enero a Marzo de 2005?

3. JUSTIFICACIÓN

Debido a que la prevalencia de DM ha ido en ascenso en todo el mundo, según la OMS, una de cada diez personas en el mundo sufre este mal. Por causas de mortalidad general, en México llegó a ocupar el tercer lugar en 1999. En la población derechohabiente del IMSS ha llegado a ocupar el primer y segundo lugar por demanda de consulta en especialidades hospitalarias y en medicina familiar respectivamente.

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la DM fue responsable del 5% de la consulta de medicina familiar durante el 2000, lo que representa un incremento en números absolutos de 10 762 casos; la tasa de morbilidad aumentó en 14.62%, al registrar valores de 773 por 100 mil derechohabientes de 65 y más años en 1990 y de 886 en 1997. Las defunciones fueron 17042 equivalentes al 18% del total de las defunciones. Ocupó el primer lugar como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20% en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en segundo lugar y es responsable de 15% de las defunciones.⁽²⁵⁾

El individuo y su familia suelen vivir una crisis al momento del diagnóstico de una enfermedad crónica, y durante el curso de la misma tendrán que enfrentarse con problemas secundarios del padecimiento, que también les serán difíciles de sobrellevar y ante los cuales pueden entrar de nuevo en crisis, de manera que resulta importante la habilidad del individuo y su familia para enfrentarlos y adaptarse.

En el plano familiar la DM genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando esté es uno de los padres, algunos de los hijos asumen sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza las funciones familiares del padre cuidador.

Por lo cual es interesante correlacionar el nivel de competencia familiar y patologías crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus que en nuestro ejercicio cotidiano, figura en las 10 principales causas de morbilidad en la unidad de medicina familiar No 63, con impacto social, cultural y económico; así como altera la salud competencia de cada familia al contar con un integrante diabético.

Cada año aparecen publicaciones que abordan métodos diagnósticos, avances en terapéutica y en el aspecto dietético, sin embargo, muy pocos estudios se refieren al impacto que tiene la DM en el funcionamiento familiar y control de la glucemia,^(28, 29).

Por lo anterior justifico, el presente estudio que tiene la finalidad de diagnosticar el grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares, permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella.

Así como para dar alternativas de intervención a nivel familiar dando con esto mayor acercamiento a nuestros pacientes involucrando cotidianamente a todo el núcleo familiar; y de ésta manera cumplir adecuadamente con nuestro propósito como médicos de familia, disminuyendo complicaciones de la Diabetes Mellitus a corto plazo, mejorando apego dietético, apego a actividad física y un estilo de vida superior para nuestras familias.

Realizando estas acciones por medio de un método rápido sencillo, de bajo costo que nos permitirá tener un diagnóstico preciso de la salud competencia familiar a la par del desarrollo de nuestra consulta cotidiana.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar la competencia familiar entre las familias con pacientes diabéticos tipo 2 y familias sin paciente diabético, en La UMF 63. Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.2 Objetivos Específicos

- ❖ Identificar familias con paciente diabético tipo 2 y sin paciente diabético.
- ❖ Identificar los diferentes estados civiles de las familias con y sin paciente diabético. Si influye o no en la competencia familiar.
- ❖ Conocer la ocupación de las familias con y sin paciente diabético, si influye o no en la competencia familiar.
- ❖ Conocer los diferentes niveles educativos de las familias con y sin paciente diabético, si influye o no en la competencia familiar.
- ❖ Determinar ingreso mensual de las familias con y sin paciente diabético; si influye o no en la competencia familiar.
- ❖ Conocer el número de personas que habitan en las familias con y sin paciente diabético; si influye o no en la competencia familiar

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudio

Descriptivo Transversal Comparativo.

5.2 Población, Lugar y Tiempo de Estudio

Se seleccionaron 46 familias con pacientes diabéticos y 46 familias sin pacientes diabéticos en ambos turnos se aplicó el cuestionario Inventario Familiar de Auto informe (S.F.I) con los siguientes datos sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, ingreso mensual familiar número de integrantes de la familia; adscritos a La Unidad de Medicina Familiar No. 63 en El Instituto Mexicano del Seguro Social de Enero a Marzo del 2005.

5.3 Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra.

Para el cálculo de la muestra se realizó con ayuda del programa estadístico EPI-Info versión 3.3.2 con un nivel de confianza del 95%, un poder de la prueba de 80% y como se desconoce la prevalencia o impacto previo de nuestra variable dependiente, se calculó con una probabilidad del evento del 50%, resultado un tamaño mínimo de la muestra de 30 pacientes. Sin embargo, para obtener significancia estadística, se realizó a 92 pacientes.

5.4 Criterios de Selección

5.4.1 Criterios de Inclusión

- Familias con pacientes con DM tipo 2
 1. Que acepten participar
 2. derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 63

- Familias sin pacientes con DM tipo 2
 1. Que acepten participar.
 2. derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 63

5.4.2 Criterios de Exclusión

- Familias con pacientes DM tipo 2
 1. que no acepten participar.
 2. no derechohabientes a la Unidad Medicina Familiar No. 63
- Familias sin pacientes con DM tipo 2.
 1. Que no acepten participar.
 2. No derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 63

5.4.3 Criterios de Eliminación

1. Familias con y sin integrantes diabéticos que no contestaron un 80% del cuestionario.

5.5 Variables a Recolectar

VARIABLES

A. B. Nombre	C. D. Tipo	E. F. Escala de Medición	G. H. Categorías
Competencia familiar	Cualitativa	Ordinal categórica	Familias óptimas Familias adecuadas Familias medias Familias limítrofes Familias con trastorno grave
Diabetes Tipo 2	Cualitativa	Nominal dicotómica	Sí No
Edad	Cuantitativa	Discreta	
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal politómica	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre Separado
Ocupación	Cualitativa	Nominal politómica	Labores del hogar Pensionado Empleado Campesino Otro
Ocupantes de una vivienda	Cuantitativa	Discreta	
Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato o carrera técnica Profesional Postgrado
Ingreso económico familiar	Cuantitativo	Continua	

5.6 Definición conceptual y operacional de variables

5.6.1 Variables dependientes

*Salud-competencia familiar. Es la capacidad que la familia tiene para responder de manera apta o idónea a las diferentes etapas del ciclo vital de la familia y a las crisis que llegan a presentarse durante la misma.

La competencia familiar. Son las cualidades funcionales y conductuales del sistema familiar que puede ir desde lo sano hasta lo gravemente disfuncional, que se evalúan por medio de un indicador a partir de un instrumento de medición cuestionario SFI versión II elaborado por Beavers W.R.

Se utiliza una escala de medición, cualitativa debido a que la competencia familiar tiene categorías que van de manera ordenada de mayor a menor competencia.

Familias óptimas: valoraciones de 1 o 2.

Familias adecuadas: valoraciones de 3 o 4.

Familias medias: valoraciones de 5 o 6.

Familias limítrofes: valoraciones de 7 u 8.

Familias con trastorno grave: valoraciones de 9 o 10.

*Diabetes Mellitus. 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, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

DM Tipo 2 (DM2). Es un tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece hiperglucemia.

5.6.2 Variables independientes

*Familia no diabética. Toda familia que no cuente con antecedentes de DM2, en ninguno de sus miembros.

*Familia diabética. Es aquella familia que cuenta con diagnóstico de DM2 en alguno de sus miembros.

Toda familia que tenga uno de sus integrantes con diagnóstico de DM2, y que reúna los criterios diagnósticos según la NOM-015-SSA2-1994. Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual >200mg dl, glucemia plasmática en ayuno > 126mg dl, o bien glucemia >200mg dl a las dos horas después de la carga oral de 75g de glucosa disuelta en agua.

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día. Estas serán seleccionadas de la población adscrita a la U.M.F. No. 63.

La escala de medición es nominal, para la variable independiente, debido a que sólo consta de dos categorías mutuamente excluyentes, con valores cualitativos que no tienen valor numérico. Son las familias con integrantes diabéticos y las familias sin integrantes diabéticos.

5.6.3 Variables Universales

*Sexo. Clasificación por género. Masculino o femenino. *Sexo. Se clasifica según el fenotipo Masculino o Femenino, del paciente, con escala de medición cualitativa nominal dicotómica. Se registro según lo referido por el paciente.

*Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual en años. Se medirá en años cumplidos de la persona que conteste el cuestionario con escala de medición Cuantitativa – continua. Se registro según lo referido por el paciente.

*Estado Civil. Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad. Estatus legal de la persona que conteste el cuestionario Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, unión libre, separado. La escala de medición será cualitativa. Se registro según lo referido por el paciente.

*Ocupación. Empleo trabajo u oficio que desempeñe la persona encuestada. Labores del hogar, Pensionado, Empleado, Campesino, Otros. Con escala de medición cualitativa. Se registro según lo referido por el paciente.

*Nivel educativo. Lo referente a grado de estudios en sus diferentes niveles escolares. Analfabeta. Sabe leer y escribir. Primaria, secundaria, bachillerato o carrera técnica, profesional, Postgrado en numero de años de educación, con escala de medición cuantitativa continua. Se registró según lo referido por el paciente.

*Ingresos. Ingresos económicos, monetarios (mensual) de la familia. Con escala de medición cuantitativa de razón. Se registro según lo referido por el paciente.

*Índice de aglomeración. Número medio de personas por habitación en la unidad de vivienda. Se medirá con escala cuantitativa de intervalo. Se registro según lo referido por el paciente.

5.7 Método o Procedimiento para captar la información

Se analizaron los cuestionarios de auto informe. (SFI) de las familias con y sin pacientes diabéticos de los turnos matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No 63, de Enero a Marzo del 2005.

Se revisaron los cuestionarios de auto informe de Enero a Marzo del 2005, en una hoja por cuestionario llamada guía de puntuación y perfiles del SFI. Que nos da la puntuación global de la salud competencia familiar, así como también se estructuro una hoja de trabajo elaborada por el investigador donde se registraron los datos: sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, ingreso mensual, número de personas que habitan su casa, y puntuación global del grado de salud competencia familiar.

5.7.1 Instrumento de Medición

Se empleo el cuestionario de auto informe, llamado Inventario Familiar de Auto informe (S.F.I), versión II de Robert Beavers y Robert B. Hampson (Anexo 1). A familias que se encontraron en la sala de espera de La Unidad de Medicina Familiar No 63 de Enero a Marzo del 2005

Se eligió este instrumento:

Porque es un instrumento de muestreo aceptable para evaluar la visión de un miembro de la familia sobre la competencia familiar global.

Por su facilidad de uso y aplicación, así como su bajo costo.

La escala incluye 36 ítems diseñados para puntualizar las percepciones de los individuos sobre la competencia familiar. Cada pregunta se evalúa en una escala de cinco categorías: 1, 2, 3, 4, y 5; que va correspondiendo al grado de mayor a menor competencia.

5.7.2 Descripción (análisis estadístico) de los resultados

Se realizó un análisis estadístico, descriptivo y analítico utilizando los paquetes Epí info versión 3.3.2 y SPSS11 para conocer la distribución de las variables numéricas y continuas, realizándose cruce de variables para la obtención de: T student y Xi cuadrada, razón de momios, porcentajes, frecuencia, valor de P e intervalos de confianza de un 95%.

5.8 Recursos

5.8.1 Humanos

El investigador.

5.8.2 Materiales

Hojas blancas, para cuestionarios de auto informe.

Material de oficina.

Escritorio.

Computadora.

5.8.3 Físicos

Se llevó a cabo la recolección de datos en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 63.

5.8.4 Financieros

El estudio se autofinanció con los recursos de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 para la atención de los derechohabientes y los propios del investigador.

5.9 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial.

De acuerdo al Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se clasifica como categoría uno, en base al título segundo, capítulo 1, artículo 17, que lo clasifica como una investigación documental basada en aplicación de cuestionario de auto informe para competencia familiar, se solicitó el consentimiento para participar en la investigación de manera verbal y escrita.

El propósito de la presente investigación es mejorar los procedimientos diagnósticos y comprender mejor el grado de competencia familiar, para futuros procedimientos terapéuticos.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

(Publicado en el D. O. F. el 6 de enero de 1987)

TÍTULO SEGUNDO

De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Capítulo I.

Disposiciones comunes.

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala;

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la de bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este reglamento.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para el presente estudio se señala:

I. *Investigación sin riesgo:* Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el que el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación.

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan obtenerse;

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aun que ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 23. En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y, tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensarse al investigador la obtención del consentimiento informado.

ARTÍCULO 25. Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la comisión de ética.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras “La salud de mi paciente será mi primera consideración”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que “Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”.

El propósito de la presente investigación es mejorar los procedimientos diagnósticos y comprender mejor el grado de competencia familiar, para futuros procedimientos terapéuticos.

Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

NO TERAPÉUTICA EN SERES HUMANOS (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

6. RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 92 familias de las cuales 46 corresponden a familias con un integrante diabético tipo 2 con un 50% , y 46 familias sin integrantes diabéticos con un 50% del total de la muestra

El promedio de edad fue de 58 años. El rango de edad entre las familias con un integrante diabético tipo 2 fue de 59 años, con una mínima de 36 y una máxima de 79 años, mientras que en las familias sin diabéticos el promedio de edad fue de 58 años con una mínima de 33 y una máxima de 87 años (Gráfica 2).

En lo relativo al sexo predominó el sexo femenino en familias con un integrante diabético fue de un 33% y en familias sin integrantes diabético fue de 67%(Gráfica 3).

En cuanto al estado civil predominó los casados en las familias con diabéticos fue 73.9%, seguido por viudos 16.7%, unión libre con 3.7%, separados y solteros con 1.9%. Y las familias sin diabéticos casados con 64.5%, viudos 17.2%, solteros 7.5%, separados 6.5% unión libre 3.2% y divorciados 1.1% (Gráfica 4).

El nivel educativo que predominó fue primaria terminada, en las familias con diabéticos con 44.4% seguido por sabe leer y escribir con 20.4%, analfabeta 18.5%, secundaria 9.3%, bachillerato 5.6%, profesional 1.9%. En las familias sin diabéticos, predominó primaria con 41.9%, sabe leer y escribir 20.4%, analfabeta 16.1%, bachillerato 8.6%, secundaria 7.5% profesional 4.3% postgrado 1.1%.(Gráfica 5).

En cuanto a la ocupación de la familia, en las familias con diabéticos predominó dedicados al hogar con 70.4% seguido de empleado (a) 14.8%, pensionados 7.4% otros 5.6% y campesino 1.9%, en familias sin diabéticos predominó dedicados al hogar con 42.5%, empleado (a) 21.5%, pensionado 15.1% otros 8.6% y campesino 2.2% (Gráfica 6).

El número de personas por familia que habitan en la misma casa predominó el de 2 y 4 integrantes con 21.7% y 28.3% respectivamente en el grupo de familias con un integrante diabético, en las familias sin diabéticos predominaron el grupo de 3, 4 y 5 integrantes, 21.5%, 19.4% y 22.6% respectivamente (Gráfica 7).

El promedio de ingreso mensual por familia con un integrante diabético fue de 2,274 pesos, con un mínimo de 500 pesos y una máxima de 22,000 pesos; siendo igual para las familias sin integrantes diabéticos. (Gráficas 8 y 9).

En lo concerniente a los resultados de El Inventario Familiar de Auto aplicación (SIF) para la evaluación del nivel salud competencia familiar, se observó para las familias con integrantes diabéticos el predominio de nivel de competencia medio con un 55.4% así como para las familias sin integrantes diabéticos. Los niveles de competencia Adecuado y Medio para familias con integrantes

diabéticos fue de (RMp 1.53, IC 95% 0.60 – 3.85 $p=0.32$) así mismo para las familias sin integrantes diabéticos. En el nivel de competencia familiar Adecuado, no mostró diferencia estadísticamente significativa.

En familias con integrantes diabéticos el nivel de competencia Medio y Limítrofe, no se encontró diferencia estadística (RMp 0.20, IC 95% 0.06 -0.62 $p= 0.001$). De igual manera en las familias sin integrantes diabéticos

El nivel Optimo y Gravemente disfuncional ocupó el último lugar con un 1.1% en familias sin integrantes diabéticos y 2.2% en familias con integrante diabético.

6.1 Tablas y Gráficas.

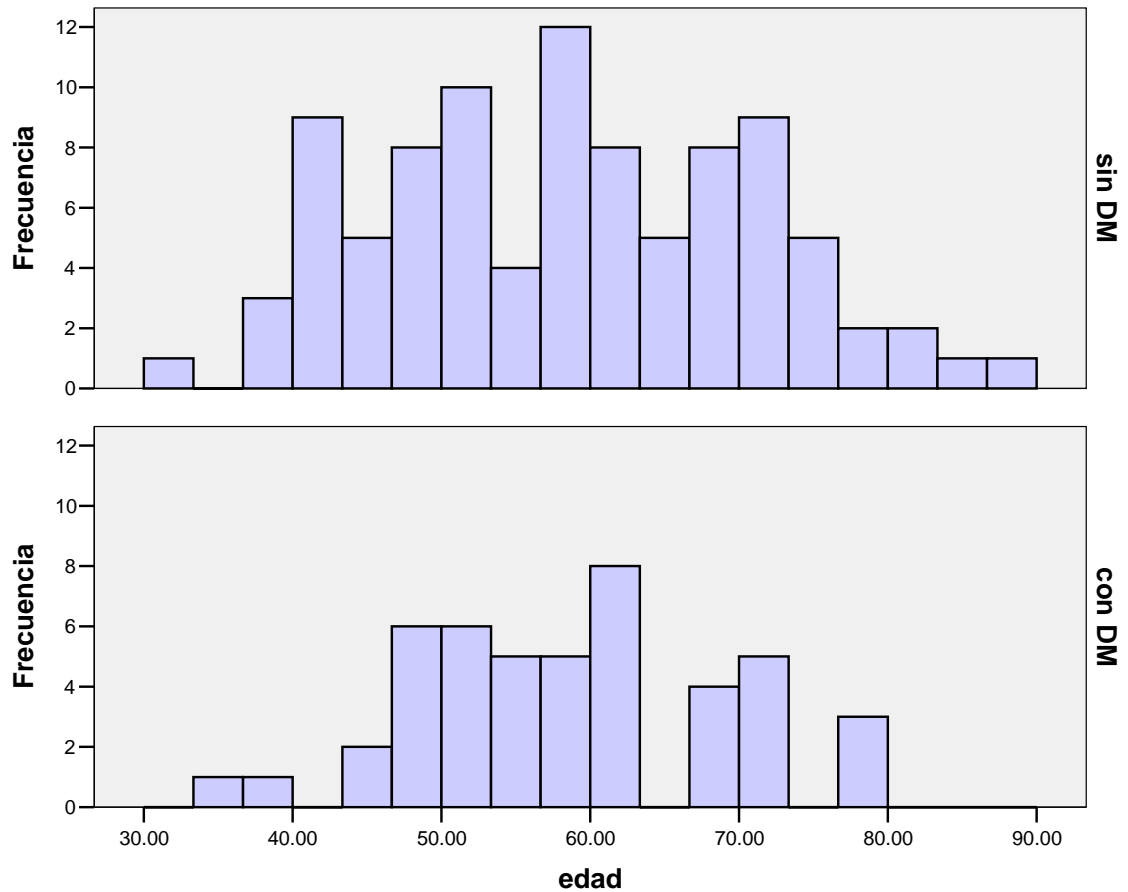
Tabla 1. Distribución de la muestra de pacientes de familias con DM Tipo 2 y pacientes de familias sin DM en la UMF 63

	Muestra	
	Número	%
con DM	46	50%
sin DM	46	50%
Total	92	100.0%

Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM en la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005.

La muestra quedó conformada por 92 familias de las cuales 46 corresponden a las familias con un integrante diabético tipo 2 con un 50% del total de la muestra, y 46 familias sin integrantes diabéticos que corresponden a un 50% del total de la muestra (Tabla 1).

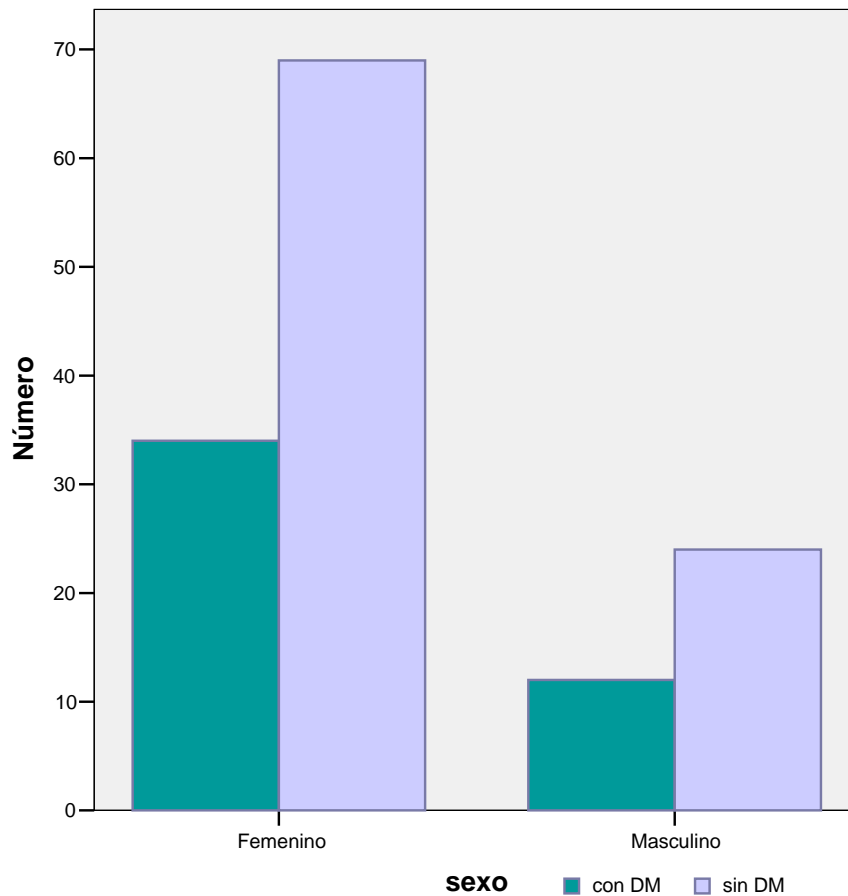
Gráfica 1 y 2. Distribución por grupos de edad de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM en la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM en la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005.

El promedio de edad para el total de la muestra fue de 58 años. El rango de edad entre las familias con un integrante diabético tipo 2 fue de 59 años, con una mínima de 36 y una máxima de 79 años, mientras que en las familias sin diabéticos el promedio de edad fue de 58 años con una mínima de 33 y una máxima de 87 años.

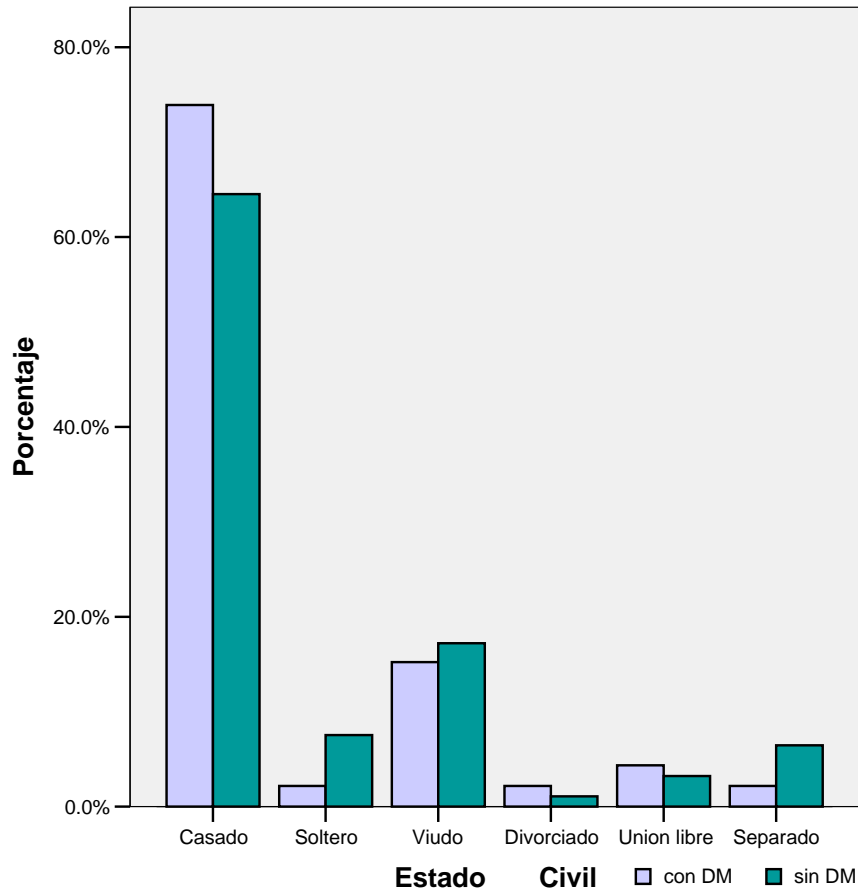
Gráfica 3. Distribución de la muestra por sexo de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM en la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

En lo relativo al sexo, predominó el sexo femenino en familias con un integrante diabético fue de un 33%. Y en familias sin integrantes diabéticos fue de 67%.

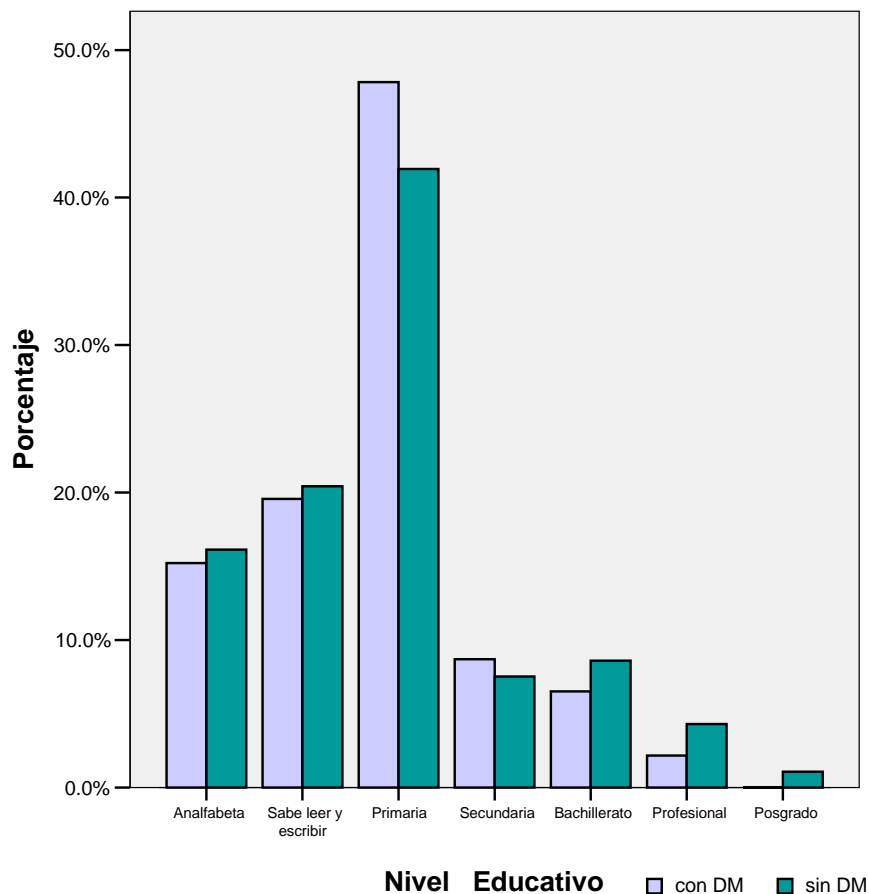
Gráfica 4. Distribución de la muestra por Estado Civil de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM en la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

En cuanto al estado civil, predominaron los casados. En las familias con diabéticos fue 73.9% seguido por viudos 16.7%, unión libre con 3.7%, separados y solteros con 1.9%. Y las familias sin diabéticos, casados con 64.5%, viudos 17.2%, solteros 7.5%, separados 6.5%, unión libre 3.2% y divorciados 1.1%.

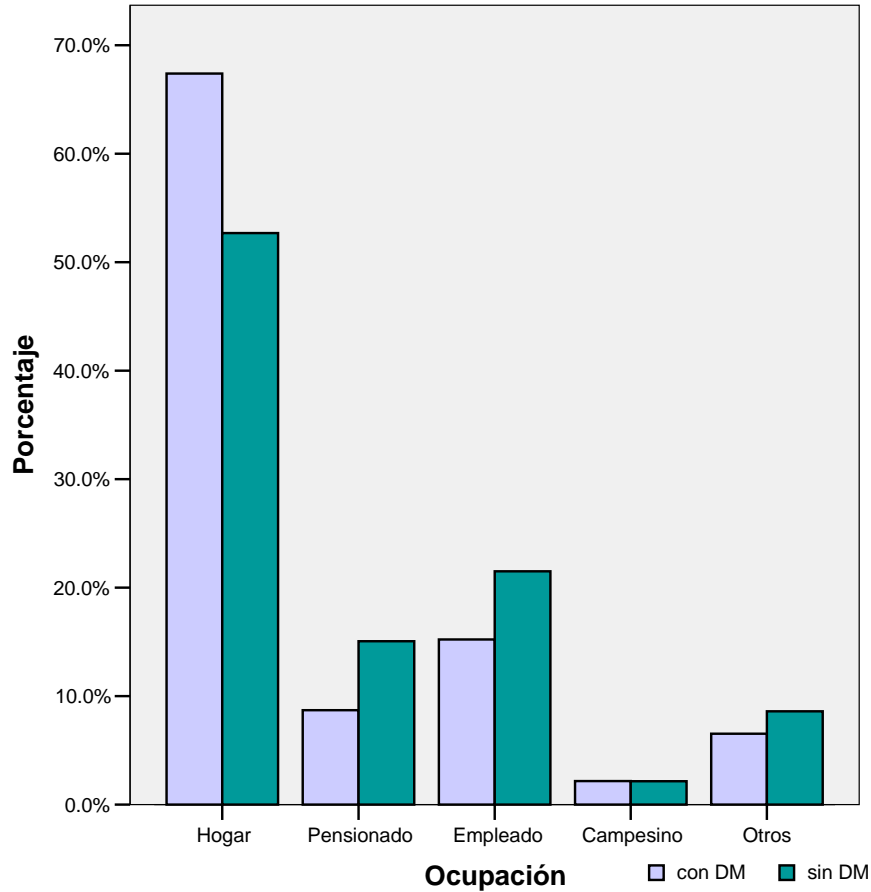
Gráfica 5. Distribución de la población por Nivel Educativo de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM en la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

El nivel educativo que predominó fue primaria terminada. En las familias con diabéticos fue de 44.4% seguido de sabe leer y escribir con un 20.4%, analfabeta 18.5%, secundaria 9.3%, bachillerato 5.6%, profesional 1.4%. En las familias sin diabéticos, predominó primaria con 41.9%, sabe leer y escribir 20.4%, analfabeta 16.1%, bachillerato 8.6%, secundaria 7.5%, profesional 4.3%, postgrado 1.1%.

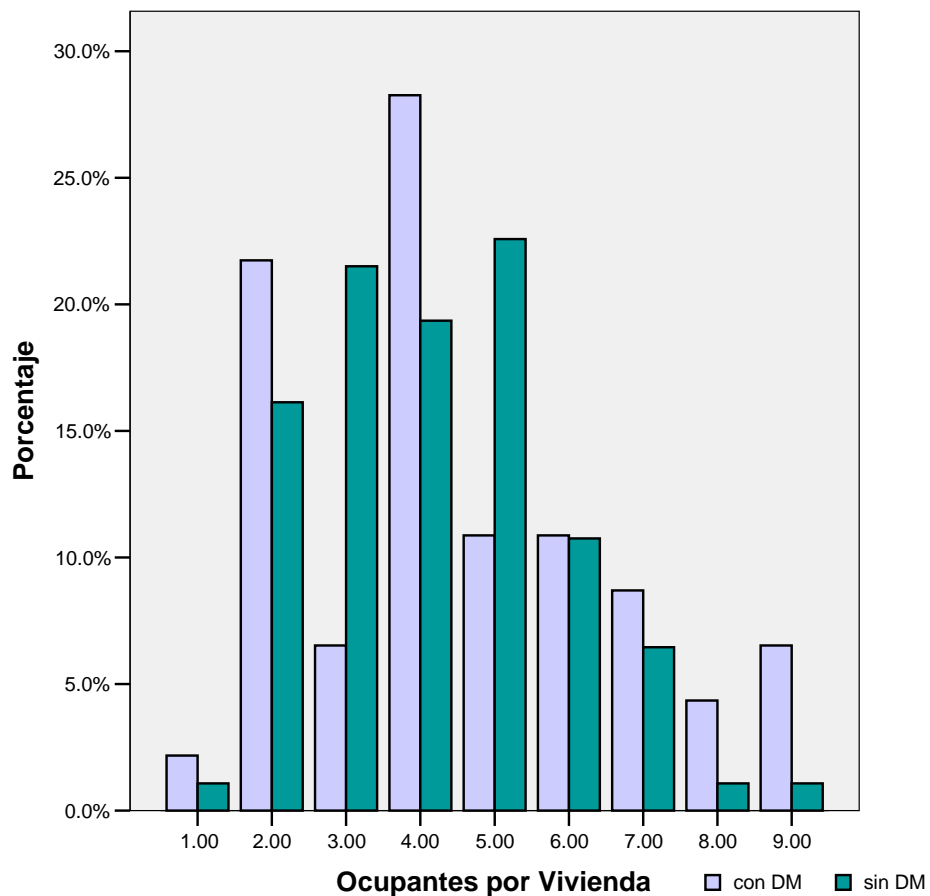
Gráfica 6. Distribución de la población por Ocupación de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

En cuanto a la ocupación de la familia, en las familias con diabéticos predomino dedicados al hogar con 70.4% seguidos de empleado (a) 14.8%, pensionado 7.4%, otros 5.6% y campesinos 1.9%. En las familias sin diabéticos predomino dedicados al hogar con 42.5% empleado (a) 21.5%, pensionado 15.1%, otros 8.6% y campesinos 2.2%.

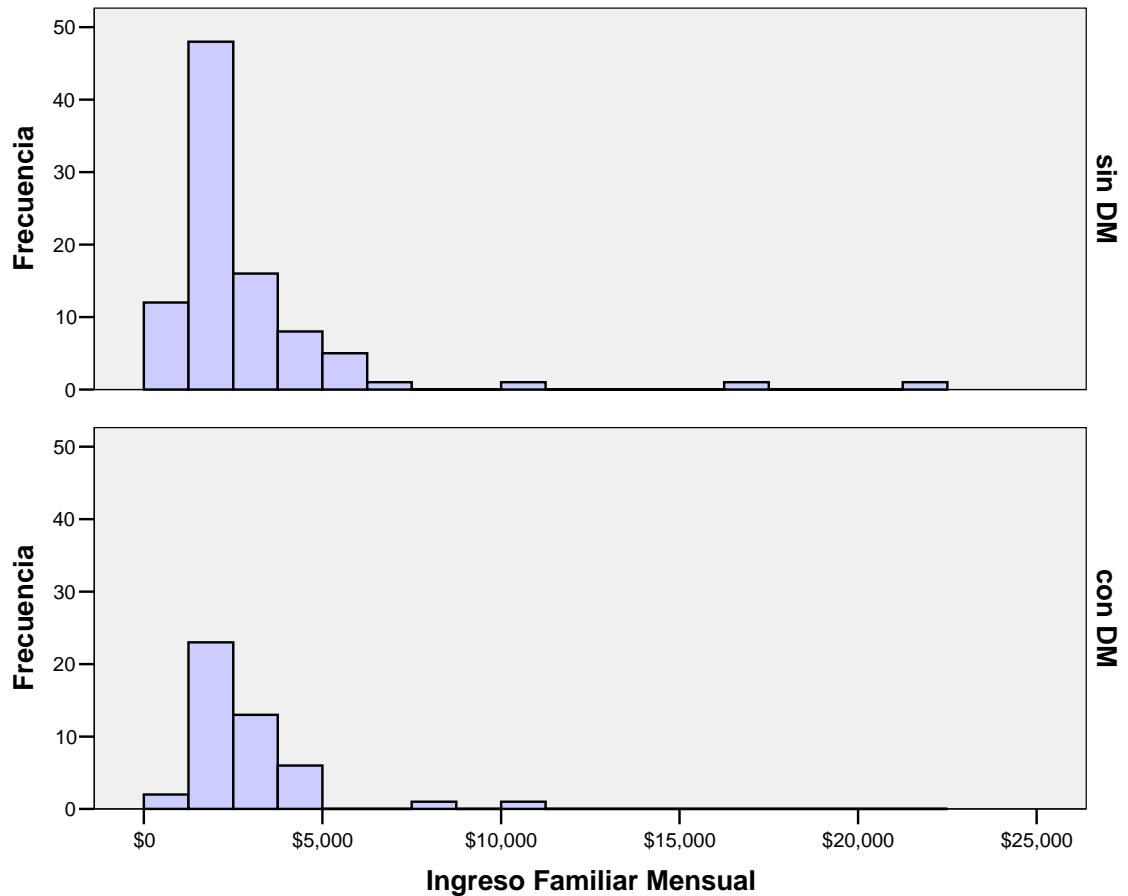
Gráfica 7. Distribución de la población de Ocupantes por Vivienda de pacientes con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

El número de personas por familia que habitan en la misma casa predominó el de 2 y 4 integrantes con 21.7% y 28.3% respectivamente en el grupo de familias con un integrante diabético. En las familias sin diabéticos predominaron el grupo de 3, 4 y 5 integrantes con 21.5%, 19.4% y 22.6% respectivamente.

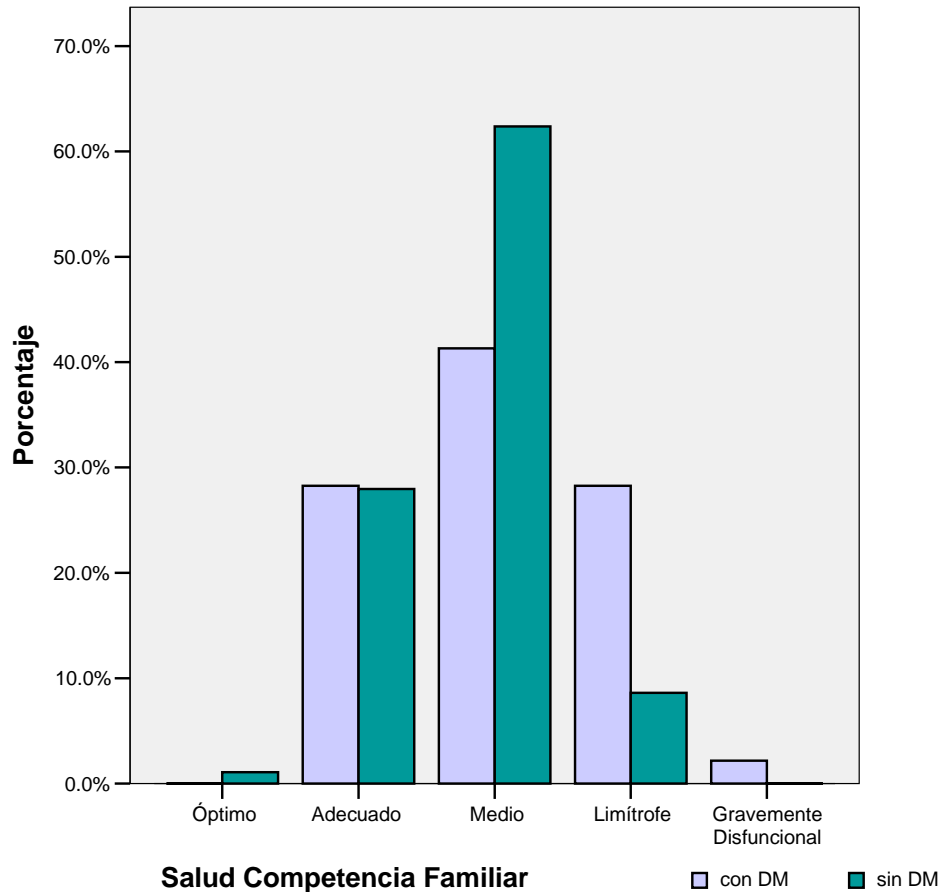
Gráfica 8 y 9. Distribución de la población por Ingreso Familiar Mensual de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

El promedio de ingreso mensual por familia con un integrante diabético fue de 2,274 pesos, con un mínimo de 500 pesos y una máxima de 22,000 pesos; siendo igual para las familias sin integrantes diabéticos.

Gráfica 10. Competencia Familiar de pacientes con familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63



Fuente: Cuestionarios de Auto informe SFI aplicado a pacientes de familias con DM tipo 2 y sin DM de la UMF 63 de Enero a Marzo de 2005

En lo concerniente a los resultados de El Inventario Familiar de Auto aplicación (SIF) para la evaluación del nivel salud competencia familiar, se observo para las familias con un integrante diabético el predominio de nivel de competencia medio con un 55.4% así como para las familias sin integrantes diabéticos. Los niveles de competencia Adecuado y Medio para las familias con un integrante diabético fue de (RMp 1.53, IC 95% 0.60 – 3.85 p=0.32) así mismo para las familias sin integrantes diabéticos. El nivel de competencia familiar Adecuado no mostró diferencia estadísticamente significativa.

7. DISCUSIÓN

El rango de edad para las familias con un integrante diabético fue de 59 años y para las familias sin diabéticos fue de 58 años; en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León en donde el promedio de edad para la población estudiada con diabetes fue de 62 +/- 2 años, encontrando semejanza con la población estudiada.⁽³⁶⁾

Similar a lo estudiado en algunos reportes dentro del Sistema de Seguridad Social en México, en nuestra población predominaron en mayor número las mujeres⁽³⁶⁾ de igual manera en ambos grupos en familias con integrantes diabéticos y sin integrantes diabéticos.

En cuanto al estado civil, en el presente estudio se consideraron siete categorías en las cuales la mayor parte de ellos son casadas, en familias con un integrante diabético con un 73.9% mientras en las familias sin diabéticos fue de 64.5% que coincide con lo publicado por el Instituto de la familia AC.⁽³⁷⁾ Se puede inferir que el matrimonio en la población estudiada es un valor importante de la familia, y no muestra grandes diferencias con el común de la población. Llama la atención que para la población en general existen diferentes estados civiles, aunque legalmente sólo exista el de soltero y casado; esto es debido a patrones culturales.

El nivel educativo que predominó para ambos grupos fue primaria terminada seguido de saben leer y escribir; lo cual coincide con el estudio realizado por Quiroz Pérez y colaboradores., en su trabajo Diabetes tipo 2 salud-competencia de las familias.^(36,37)

En cuanto a la ocupación predominaron las personas dedicadas a las labores del hogar, y en segundo lugar los empleados en ambos grupos estudiados; en el estudio realizado por Quiroz Pérez y colaboradores., el cual reporta como primer lugar los dedicados al hogar en un 56.5% y en tercer lugar de frecuencia los empleados con un 12%. En su trabajo Diabetes tipo2 Salud-competencia de las familias.

En cuanto al nivel de Salud competencia familiar existen diversos resultados como lo reportado por Ocampo y colaboradores., en donde compararon familias con diabéticos tipo 2 y sin diabéticos, encontrando al 97.35% dentro de la normalidad y 2.6% dentro de algún rango patológico⁽³¹⁾ que coincide con lo obtenido por Quiroz y colaboradores., en 622 pacientes encontró la competencia familiar en nivel Óptimo un 2%, Adecuado un 53.7%, Medio 34%, Limítrofe 9.6% y Severamente disfuncional 2.3%, concluyendo que las familias con pacientes diabéticos tipo 2 son afectadas por la enfermedad en su salud competencia familiar.^(31,37) A diferencia de los resultados obtenidos en el presente trabajo en el cual no se encontró diferencia estadística entre ambos grupos familiares.

A diferencia de lo reportado por Hernández Espinosa en familias alcohólicas y no alcohólicas resultando que la salud competencia familiar es igual para ambos grupos,⁽³⁸⁾ coincidiendo con el presente trabajo en donde los resultados

de salud competencia de las familias con un integrante diabético tipo 2 no se afecto por la enfermedad. Podemos inferir que a pesar de haber señalado el objetivo de la encuesta y aun de remarcar que es de manera voluntaria, las respuestas no contaron con la veracidad esperada por desconfianza o por temor a exhibir su funcionamiento familiar así como la necesidad de realizar el auto informe a dos o mas miembros de la familia para contar con cistitis puntos de vista de la misma familia y poder realizar un diagnóstico adecuado,

8. CONCLUSIONES

Contrario a lo que se esperaba. El nivel de competencia familiar entre las familias con un integrante diabético tipo 2 y sin integrantes diabéticos no mostró diferencia estadística significativa lo que traduce que el nivel de competencia familiar puede ser igual en ambos grupos familiares e incluso ser menor entre las familias con integrantes diabéticos.

Por otro lado aunque el nivel de salud competencia familiar no resultó estadísticamente significativo, la disfunción grave se encontró en dos familias con un integrante diabético lo que nos traduce que las enfermedades crónicas de alguna manera modifican la salud competencia familiar por lo que proponemos realizar a dos o mas personas el cuestionario de auto informe y así tener una visión más precisa de la familia.

En cuanto al estado civil predominaron en ambos grupos familiares los casados, de los cuales no hubo influencia sobre la salud competencia familiar.

La ocupación de ambos grupos familiares fue la de dedicados al hogar, de la cual no se encontró influencia sobre la salud competencia familiar.

El nivel educativo que predominó fue primaria terminada, de igual manera no se encontró relación directa sobre la salud competencia familiar.

En cuanto al número de personas que habitan en una misma casa fue de 2 y 4 integrantes en promedio que no demostró alguna influencia sobre la salud competencia familiar

Cabe señalar que las características de las familias con y sin integrantes diabéticos encontradas en nuestro estudio son familias de estado civil casadas, su ocupación es el hogar, con un nivel educativo bajo, con ingreso económico bajo, y con índice de aglomeración de 4 personas por domicilio, concluyendo que estas características no modificaron la salud competencia de las familias sin embargo se puede inferir que de alguna manera estas similitudes las hacen sobreponerse encontrando una salud competencia familiar adecuada; por lo que el presente trabajo no obtuvo los resultados esperados.

El médico familiar tiene la responsabilidad de orientar y capacitar a las familias sobre el conocimiento del ciclo vital familiar, las crisis que se presentan durante su evolución, así como el enfrentamiento a padecimientos crónicos; de igual manera, tiene la capacidad para entender a las familias y brindarles el apoyo que requieren por lo que es importante que conozca y pueda aplicar de manera rápida evaluaciones que le den la facilidad de tener un diagnóstico preciso de la salud competencia familiar.

Por lo que proponemos que se realice de manera cotidiana la aplicación del cuestionario de auto informe que es fácil de entender confiable, barato, rápido y relativamente discreto, al menos a dos miembros de la familia y así tener dos

visiones de una misma familia mejorando de esta manera el diagnóstico de salud competencia familiar; así podemos escuchar lo que dicen los miembros de cada familia y nos informamos sobre sus cualidades de competencia percibidas, sus sentimientos y relaciones de esta manera buscar que las familias a cargo del Médico Familiar sean sanas y competentes, lo cual determina de alguna manera el control de la enfermedad como la Diabetes Mellitus.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Saucedo-GJ, Foncerrada-M M La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med IMSS, 1981; 155(19):155-163.
2. Espejel-Aco E. Manual para escala de funcionamiento familiar. Universidad Autónoma de Tlaxcala. México. Instituto de la Familia AC. 1997
3. Sánchez-A. J. Familia y Sociedad. Cuadernos de Joaquín Mortiz. México.1991. p 14-47
4. Estrada-Inda L El sistema familia. En El ciclo vital de la familia. 13va ED. México: Grijalbo; 2005. p. 7-15.
5. Saucedo-García JM. Foncerrada-Moreno M. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Rev. Med IMSS.1984; 23(2):159-66.
6. Estrada-Inda L. Características Internas de la familia. En El Ciclo vital de la Familia.13va ed. México. Grijalbo. 2005;p. 41-113.
7. Irigoyen-Coria A. La Familia en México: Elementos Demográficos. En Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 2da ed. México. Ed Medicina Familiar Mexicana. 2004: p. 35-44.
8. Huerta-González JL. La familia como unidad de estudio. En Programa de actualización continúa en Medicina Familiar, Libro 1, México: Ed Intersistemas; 1999. p.11-43
9. Velasco-Campos ML. La Diabetes Mellitus y la familia. En. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Ed. Manual Moderno; 2001. p.195-203
10. Velasco-Campos ML. La enfermedad crónica, el paciente y su familia. En El Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Ed Manual Moderno; 2001. p. 37-46
11. Beavers-WR. La teoría guía de la investigación. En familias exitosas. España: Ed Paidos; 1995: p.21-32
12. Beavers-WR. La evaluación de la competencia familiar. En: Familias exitosas. España. Ed Paidos; 1995: p.33-60.
13. Beaver-WR. Visiones de la familia desde dentro. En Familias exitosas. España: Ed Paidos; 1995: p.89-106.
14. Vázquez-Martínez JL, Gómez-Dantes H, Fernández-Cantón S. Diabetes Mellitus en la población Adulta del IMSS. Resultados de la encuesta Nacional de Salud 2000. Rev. Med IMSS. 2005; 44(1):13-26.
15. Víctor-Sánchez V. Dieta y ejercicio. Rev. Med int. Méx. 1999; 15(4):161-169.
16. Velásquez-MO, Lara-EA, Tusi-LM y cols. Situación Mundial de la Diabetes. Prevención Primaria de la Diabetes, una necesidad del siglo XXI. México; S.S.A. 1999.
17. Principales resultados de estadística sobre mortalidad en México; 1999. Salud Púb. Méx.; 2001: 43(1). p 67-73
18. Viniegra-Velásquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La Diabetes Mellitus como paradigma. Rev. Med IMSS. 2005; 44(1):47-59.
19. Conget-I. Diagnosis, classification and pathogenesis of Diabetes Mellitus. Rev. Esp. Cardio. 2002; 55(5):528-35.

20. King-H, Aubert-RE, Herman-WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998; 21(9):1414-31.
21. Landeros-Olvera E A. El panorama epidemiológico de la Diabetes Mellitus. *Rev. Méx. Cardio*. 2000; 8(1-4):56-59.
22. Lazcano-Burciaga G, Rodríguez-Moran M. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev. Med. IMSS*. 1999; 34(1):39-44.
23. Guerrero-Romero JF, Rodríguez-Morán M, Sandoval-Herrera F. Prevalencia de la Diabetes Mellitus no insulina dependiente en la población rural de Durango. *Rev. Panam. Salud Pú. 199*; 2(6):368-91.
24. Guerrero-Romero J, Rodríguez- Moran M. Complicaciones relacionadas con la mortalidad por Diabetes Mellitus. Un análisis de mortalidad por causa múltiple. *Rev. Med. Int*. 1997; 13:263-67.
25. Alpizar-Salazar M, Pizaña-Barba JA, Zarate-Aguilar A. La Diabetes Mellitus en el adulto mayor. *Rev. Med IMSS*. 1999; 37(2):117-25.
26. Gil-Alfaro I, Pérez-Hernández C, Perfil de la Familia del diabético, características sociodemográficas y clínicas. *Arch. Med Fam*. 2002; 4(3):95-98.
27. Vázquez-Estupiña F, Francisco-A, Castro-Martínez G. Aspectos psicosociales de la Diabetes Mellitus. *Rev. Med. IMSS*. 1994; 32(3):267-70.
28. García-Peña MC, Reyes-Morales H. La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. *Rev. Med. IMSS*, 1995; 33(3):293-98.
29. Quiroz-JR. Diabetes tipo 2 .Salud competencia de las Familias. *Rev. Med. IMSS*; 2002; 40(3):213-20.
30. De la Peña-Escobedo J. Perfil del Médico Familiar. En Programa de Actualización continua en Medicina Familiar. México: Ed Intersistemas; 1999. p. 15-21
31. Gallo-Vallejo FJ, Altisent-Truta R, Diez-Espino J, y cols. Perfil Profesional del Médico Familiar Atención Primaria. 1999; 23(4):124-44
32. Conn-NF. Medicina Familiar. En papel del Médico Familiar. Ed Interamericana. México, 1974. Cap 4- p 40-41.
33. Fajardo-Ortiz G... Diabetes Mellitus. Sus costos directos IMSS, 1990. *Rev. Med IMSS*.1992; 30:115-17
34. Programa Institucional para la vigilancia, Prevención y Control de la Diabetes Mellitus. IMSS 1999.
35. Garza-Elizondo ME, Atribuciones y creencias sobre la Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev. Med. IMSS*. 2003; 41(6):465-72.
36. Ocampo-Barrio P y cols. Identificación del Estado de Salud Competencia Familiar de los prestadores de servicios médicos del primer nivel de atención. Instituto de la Familia AC. 1995; P.3-40
37. Hernández-Espinoza A, Competencia familiar en familias alcohólicas y no alcohólicas. UNAM. 2001. p 27.
38. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la Prevención tratamiento y Control de la Diabetes. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades coordinación de vigilancia epidemiológica.

39. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres Humanos Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia. Octubre de 2000.
40. Enciso-Minor JE, Ley General de Salud. Distribuidora y Editorial Mexicana, S.A. de CV. 2002: 19-26.
41. Saucedo-GJ, Psicología de la vida: una visión estructural. Rev. Med IMSS, 1991; 29(1): 61-67.
42. Mendoza-LA y cols. Análisis de La Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Rev. Arch Med Fam. 2006; 8 (1):27-32

0. ANEXOS

ANEXO I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 63

CUESTIONARIO SOBRE SALUD COMPETENCIA FAMILIAR

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

I.- Número de afiliación: _____

II.- Algún integrante de su familia tiene Diabetes tipo 2. Si ____ No ____

III.- Sexo: 1. Femenino ____ 2. Masculino ____

IV.- Edad: _____

V.- Estado Civil. 1. Casado ____ 2. Soltero ____ 3. Viudo ____

4. Divorciado ____ 5. Unión libre ____ 6. Separado ____

VI.- Ocupación: 1. Labores del hogar ____ 2. Pensionado ____

3. Empleado ____ 4. Campesino ____ 5. Otros ____

VII.- Nivel educativo, en número de años de educación.

1. Analfabeta ____ 2. Sabe leer y escribir ____ 3. Primaria ____

4. Secundaria ____ 5. Bachillerato o carrera técnica ____

6. Profesional ____ 7. Postgrado ____

VIII.- Ingreso mensual de la familia. _____

IX.- Número de personas que habitan su casa _____

INVENTARIO FAMILIAR DE AUTOINFORME (SFI) VERSIÓN II

En cada pregunta, marque la respuesta que encaje mejor con cómo ve usted a su familia ahora. Si piensa que su respuesta está entre dos de los números que van acompañados de una descripción (los números impares), entonces elija el número que hay entre ellos.

	Sí: Encaja muy bien con nuestra familia		Un poco: Encaja un poco con nuestra familia		No: No encaja con nuestra familia
1. Los miembros de la familia prestan atención a los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia prefiere hacer las cosas juntos en lugar de con otras personas.	1	2	3	4	5
3. Todos damos nuestra opinión cuando se hacen planes en la familia.	1	2	3	4	5
4. Los adultos de esta familia comprenden las decisiones familiares y están de acuerdo con ellas.	1	2	3	4	5
5. Los adultos de esta familia compiten y se pelean entre sí.	1	2	3	4	5
6. Hay cercanía en nuestra familia, pero se deja a cada persona que sea especial y diferente.	1	2	3	4	5
7. Aceptamos a los amigos de los demás.	1	2	3	4	5
8. Hay confusión en nuestra familia porque no hay un líder.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de nuestra familia se tocan y se abrazan unos a otros.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se ridiculizan unos a otros.	1	2	3	4	5
11. Decimos lo que pensamos, sea lo que sea.	1	2	3	4	5
12. En nuestro hogar nos sentimos queridos.	1	2	3	4	5
13. Aun cuando nos sentimos cercanos, a nuestra familia le da vergüenza admitirlo.	1	2	3	4	5
14. Discutimos mucho y nunca solucionamos los problemas.	1	2	3	4	5
15. Nuestros momentos más felices son estando en casa.	1	2	3	4	5
16. Los adultos de esta familia son líderes firmes.	1	2	3	4	5
17. El futuro parece bueno para nuestra familia.	1	2	3	4	5

18. En nuestra familia solemos echar la culpa a una persona cuando las cosas no van bien.	1	2	3	4	5
19. Los miembros de nuestra familia van a lo suyo la mayoría de las veces.	1	2	3	4	5
20. Nuestra familia se enorgullece de que haya cercanía entre nosotros.	1	2	3	4	5
21. A nuestra familia se le da bien solucionar los problemas juntos.	1	2	3	4	5
22. Los miembros de nuestra familia expresan con facilidad calidez e interés por los demás.	1	2	3	4	5
23. En nuestra familia podemos pelearnos y gritar sin problemas.	1	2	3	4	5
24. Uno de los adultos de esta familia tiene un hijo que es su preferido	1	2	3	4	5
25. Cuando las cosas van mal nos echamos la culpa unos a otros.	1	2	3	4	5
26. Decimos lo que pensamos y sentimos.	1	2	3	4	5
27. Los miembros de nuestra familia prefieren hacer las cosas con otras personas a hacerlas juntos.	1	2	3	4	5
28. En nuestra familia nos prestamos atención unos a otros y escuchamos lo que se dice.	1	2	3	4	5
29. Procuramos no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
30. El estado de ánimo de la familia suele ser triste y deprimido.	1	2	3	4	5
31. Discutimos mucho.	1	2	3	4	5
32. Una persona controla y liderea nuestra familia.	1	2	3	4	5
33. Mi familia es feliz la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5
34. Cada persona asume la responsabilidad de su propia conducta.	1	2	3	4	5

35. En una escala del 1 al 5, yo valoraría a mi familia como:

1	2	3	4	5
Mi familia funciona muy bien junta.				Mi familia no funciona nada bien junta. Realmente necesitamos ayuda.

36. En una escala del 1 al 5, yo valoraría la independencia en mi familia como:

1	2	3	4	5
(Nadie es independiente. No hay discusiones abiertas. Los miembros de la familia se apoyan en los demás en busca de satisfacción más que en personas de fuera)	(Independiente a veces. Hay algunos desacuerdos los miembros de la familia buscan la satisfacción tanto dentro como fuera de la familia)	(Los miembros de la familia suelen ir a lo suyo. Hay desacuerdos abiertos. Los miembros de la familia buscan la satisfacción fuera de ella)		

ANEXO II

Cronograma

ACTIVIDADES	2004												2005												2006																				
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC											
MARCO TEORICO	X	X	X	X																																									
MATERIAL Y METODOS									X	X	X	X																																	
REGISTRO Y AUTORIZACION DEL PROYECTO																		X	X																										
ETAPA DE EJECUCION																			X	X	X																								
RECOLECCION DE DATOS																							X	X	X																				
ANALISIS DE LOS DATOS																										X	X																		
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS																										X	X																		
DISCUSION DE LOS RESULTADOS																											X	X																	
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO																												X	X																
INTEGRACION Y REVISION FINAL																													X	X															
REPORTE FINAL																														X	X														
AUTORIZACIONES																															X	X													
IMPRESION DEL TRABAJO FINAL																																X	X												
SOLICITUD DE EXAMEN DE TESIS																																	X	X											

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

El presente cuestionario tiene como propósito identificar el grado de salud competencia familiar en familias con integrantes diabéticos y sin diabéticos.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad de Medicina Familiar. La información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria. Si usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o usted se siente en algún momento herido, lastimado o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración que nos permite obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica. El cuestionario consta de una ficha de identificación y 36 reactivos y se contesta en aproximadamente 15 minutos. No existen respuestas buenas ni malas solo se pide que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta contestar el cuestionario? Si _____ No _____