

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE
PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
GABRIEL MANCERA”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. MARIO ALBERTO CRUZ UGALDE

**DR. IGNACIO ARROYO MORENO
ASESOR CLÍNICO**

**DR. ROMÁN RODRÍGUEZ OJEDA
ASESOR EXPERIMENTAL**

MÉXICO, D. F., FEBRERO 2009. No. DE REG.: R-2009-3607-6



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.28

**“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA”**

PRESENTA

MARIO ALBERTO CRUZ UGALDE

ASESORES

DR. IGNACIO ARROYO MORENO
ASESOR CLÍNICO
Especialista en Medicina Familiar

DR. ROMÁN RODRÍGUEZ OJEDA
ASESOR EXPERIMENTAL
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito a la U. M. F. No. 28 “Gabriel Mancera”




**"EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA"**

PRESENTA

MARIO ALBERTO CRUZ UGALDE

**AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 28 "GABRIEL MANCERA" DEL IMSS**



DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ
Director de la U. M. F. No. 28 "Gabriel Mancera"





DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de
la U. M. F. No. 28 "Gabriel Mancera"



“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA”

AUTOR: Dr. Mario Alberto cruz Ugalde.

U. M. F. No. 28 “Gabriel Mancera”. Col. Del Valle. Del. Benito Juárez, México, D.F.

OBJETIVO: Evaluar el Afrontamiento Familiar de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio: Prospectivo, transversal, descriptivo, observacional en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) de la UMF No. 28 sin distinción de edad, sexo, ocupación o religión. Que cumplieron con los criterios establecidos por la American Diabetes Association sin discriminar su estado actual, así como valoración previa por su Médico Familiar. El tamaño de la muestra se calculó de forma probabilística con base en la prevalencia de la enfermedad para un estudio descriptivo de una variable dicotómica. La muestra total fue de 139 pacientes por selección aleatoria simple, donde la variable dependiente fue el Afrontamiento Familiar y la variable independiente fue DM-2. Abarcando un período de estudio de Marzo de 2007 a Febrero de 2009. El *análisis estadístico* se llevó a cabo a través del programa SPSS 12 para Windows, con el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: De los 139 pacientes estudiados 85 (61.1%) fueron del sexo femenino y 54 (38.8 %) del sexo masculino; el grupo de mayor frecuencia fue de 40-49 años con 44 (31.7%); en base a su IMC, 66 (47.5%) se encontraron bien nutridos, otros 66 (47.5%) con sobrepeso y 7 (5%) con obesidad; 61 (43.9%) se encontraban empleados y 78 (56.1%) desempleados; 107 (77%) casados; 122 (87.7%) de religión Católica; el grupo de mayor frecuencia en años de padecer DM-2 fue el de 1 - 10 años de padecimiento con 74 (53.2%) pacientes; 131 (94.2%) presentaron AHF; 118 (84.9%) se encontraron con glucemia controlada y 21 (15.1%) con glucemia descontrolada; 104 (74.8%) fueron sedentarios; 24 (17.3%) presentaron tabaquismo positivo; 116 (83.4%) presentaron familias que afrontan muy bien, 20 (14.4%) presentaron familias con algunas dificultades para afrontar y 3 (2.2%) presentaron familias con afrontamiento inadecuado; 112 (80.6%) presentaron glucemia controlada y familia que afronta muy bien; los casados 101 (72.6%) presentaron familias que afrontan muy bien la enfermedad.

CONCLUSIONES: Los pacientes estudiados con DM-2 de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, en su mayoría, perciben que sus familias afrontan muy bien la enfermedad crónica.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus tipo 2, Afrontamiento Familiar.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Por ser mi refugio, ayudarme en momentos de angustia y aumentar mi fe cada día; por enseñarme que solo en él debo confiar y así mismo darme la humildad para reconocer mis errores, por perdonarme en todo momento y sanar todas mis enfermedades. *¡ Bendíceme siempre ¡*

A MIS PADRES

Por enseñarme el significado de fortaleza, por ayudarme a entender que hay un momento, un lugar y una persona para realizar todo en la vida; porque juntos, aunque mi padre ya no este con nosotros, me llevaron por el camino de la honestidad, la humildad, la rectitud, el esfuerzo y el trabajo constante, pues si hubiera sido diferente yo no sería quien soy ahora. *¡ Gracias, los amo ¡*

A MI ESPOSA ANA MARÍA Y A MI HIJO MAYITO

Porque **LOS AMO**, por recibir mi amor y corresponderlo, por tolerarme en los momentos más difíciles. Porque juntos aprendemos cada día a encontrar el valor de la vida y de nuestra familia, pero sobre todo porque juntos hacemos un gran equipo y nos ayudamos a cumplir nuestras metas y proyectos de vida. Ustedes son el motor que me mueve... *¡ Gracias por hacerme tan feliz, los amo ¡*

A MIS ASESORES

Por todo el tiempo y disposición que me brindaron, por transmitirme su experiencia y conocimiento, pero sobre todo por creer en todo momento en mi trabajo. *¡ Son mi ejemplo a seguir ¡*

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 DIABETES MELLITUS	1
1.2 AFRONTAMIENTO FAMILIAR	4
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	10
1.5 OBJETIVOS	11
1.6 HIPÓTESIS	12
2. MATERIALES Y MÉTODOS	13
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	13
2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	14
2.3 POBLACIÓN O UNIVERSO	15
2.4 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	16
2.5 MUESTRA	17
2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	18
2.7 VARIABLES	19
2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO	22
2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	25
2.12 PRUEBA PILOTO	26
2.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
2.14 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	29
2.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
3. RESULTADOS	31
4. DISCUSIÓN	47
5. CONCLUSIONES	48
6. BIBLIOGRAFÍA	50
7. ANEXOS	51

1. MARCO TEÒRICO

1.1 DIABETES MELLITUS

Es una compleja enfermedad metabólica caracterizada por un estado de hiperglucemia, elevada por encima de los límites fisiológicos normales, y con otros síntomas. La enfermedad es crónica, incurable y evolutiva; resultado de la deficiente secreción de insulina de forma progresiva o de la resistencia de receptores a la misma. La Diabetes es un serio problema de salud, y causa de mortalidad temprana. ⁽¹⁾

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en 2030. La mayoría viven en países en desarrollo y cerca de 80% de los años de vida perdidos por discapacidad a causa de la Diabetes Mellitus, ocurre en países pobres. Para el año 2000 se calcula que el número de pacientes con Diabetes Mellitus en América era de 35 millones, cifra que se incrementa a 64 millones en 2025: 52% de diabéticos en el continente vive en América Latina y el Caribe, y esa proporción crecerá en 62% en 2025. ⁽²⁾

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), encontró una prevaletia de 7.5% de diabéticos adultos, a esta cifra habría que agregar los que aún no han sido diagnosticados y que se presume son un 25% del total de los ya diagnosticados de acuerdo con las estimaciones de la misma encuesta. ⁽³⁾

La Diabetes Mellitus constituye uno de los mayores retos de las diversas instituciones y organizaciones que han asumido el encargo social del cuidado de la salud. De acuerdo a estimaciones prospectivas, se calcula que 170 millones de personas en el mundo se encuentran afectadas por la enfermedad, cifra que llegará alrededor de 370 millones para 2030. En nuestro país, para 1999 la incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por mil habitantes; la prevaletia se estimó de 10.7% y constituyó la primera causa de muerte. Además, se ha

incrementado la proporción de diabéticos menores de 40 años, con alta prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas.⁽⁴⁾

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en su última modificación del 2003: Diabetes Mellitus tipo 1, es el resultado de la destrucción de las células Beta, usualmente con la deficiencia absoluta de insulina. La Diabetes Mellitus tipo 2, es el resultado de la deficiente secreción de insulina de forma progresiva o de la resistencia de receptores a la insulina. Otros tipos de Diabetes Mellitus por otras causas, por defecto genético de las células beta en su función, por defectos genéticos en la acción de la insulina, por enfermedad del páncreas exócrino y el inducido por drogas, Diabetes Mellitus Gestacional. Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus, 1) síntomas de Diabetes Mellitus y Glucosa Plasmática casual \geq a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Los síntomas de la Diabetes incluyen polifagia, poliuria, polidipsia y disminución ponderal. 2) Glucosa plasmática en ayuno $>$ 126 mg/dl (7 mmol/l). El Ayuno es definido con la no ingesta calórica por 8 horas. 3) Prueba de Tolerancia a la Glucosa a las dos horas con Glucosa plasmática \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/l).⁽⁵⁾

Recomendaciones para adultos con Diabetes Mellitus: control glucémico, con Hemoglobina Glucosilada de $<$ 7%, Glucosa plasmática capilar preprandial de 90-130 mg/dl, Glucosa plasmática capilar postprandial $<$ 180 mg/dl; control de la presión $<$ a 130/80 mmHg; control del lípidos, triglicéridos $<$ 150 mg/dl, Lipoproteínas de alta densidad (HDL) $>$ 40 mg/dl.⁽⁶⁾

Los pacientes diabéticos tienen un riesgo cardiovascular de 2 a 4 veces superior al observado en población general, riesgo que se mantiene después de ajustar para otros factores de riesgo cardiovascular. El riesgo de enfermedad cardiovascular y la mortalidad cardiovascular se ve aumentada en los pacientes con Síndrome Metabólico. La Diabetes Mellitus debe considerarse de muy alto riesgo cardiovascular en las siguientes situaciones: Presencia de enfermedad cardiovascular clínica y subclínica, resistencia a la insulina, dislipidemia,

hipertensión arterial, tabaquismo y microalbuminuria.⁽⁷⁾

El tratamiento farmacológico, se establece según la gravedad de la Diabetes Mellitus, el estado biológico del paciente, su situación económica, social y la existencia o ausencia de alguna enfermedad concomitante. En cuanto al tratamiento requiere la administración de hipoglucemiantes o de insulina. Los principales elementos que proporcionan un control efectivo de la Diabetes Mellitus son la actividad física, la educación diabetológica, y la dietoterapia. En el tratamiento farmacológico encontramos a la insulina, las sulfonilureas, meglitinidas, las biguanidas, las tiazolidinedionas o glitazonas y los inhibidores de la alfa-glucosidasa. La Diabetes Mellitus tiene un alto costo social, familiar y económico, se requiere de políticas de salud adecuada para su prevención, diagnóstico, tratamiento y para evitar sus complicaciones.⁽⁸⁾

1.2 AFRONTAMIENTO FAMILIAR

En términos generales, el concepto de afrontamiento familiar del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan acabo el individuo y su familia para hacer frente al estrés; es decir, para tratar de hacer frente a las demandas externas e internas generadoras del estrés. Es un concepto que adquiere un gran interés en el ámbito psicológico, ya que es el modo en el que el individuo hace frente al estrés y puede actuar como importante mediador ante las situaciones estresantes.⁽⁹⁾

Según Olson, se subrayan tres temas básicos de la literatura: a) El Afrontamiento como un proceso, b) La eficiencia del afrontamiento, c) El afrontamiento familiar y/o individual. Centrándonos al afrontamiento familiar, la teoría del Estrés Familiar y su correspondiente marco de organización, la teoría de la resistencia familiar, se interesa por el estudio de las transiciones familiares normativas y por la respuesta familiar a estas transiciones. Las raíces de tales teorías se encuentran en el trabajo histórico de Rueben Hill y su énfasis en los elementos siguientes A (Estresor), B (recursos), C (definición de estresor) que media y protege a las familias en situación de crisis (Factor X).⁽¹⁰⁾

La teoría del estrés y de la resistencia familiar han sido usadas por diversos autores y en diferentes campos de estudio para explicar el estrés familiar. Desde el nivel individual al familiar, el afrontamiento llega a ser mucho más complejo, esto explica que los investigadores se han centrado principalmente al nivel individual de afrontamiento. Al centrarse en el nivel de análisis, surgen varias dimensiones. La primera de todas es que la realidad subjetiva de la familia llega a ser una entidad en si misma. La segunda dimensión se refiere a los que la naturaleza interaccional del afrontamiento es más importante en la familia. La coordinación entre los miembros familiares surge como una variable crítica. Algunas de las estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente en momentos concretos del ciclo vital y en conexión con secesos

específicos. El afrontamiento familiar es visto como algo más que las respuestas familiares a un estresor. Más bien se ve como un grupo de interacciones dentro de la familia y transacciones entre la familia y la comunidad. El afrontamiento cambia a lo largo del tiempo y varía como resultado del estresor, la severidad del estresor, el alcance de acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbación en el sistema familiar, y la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios. Las estrategias de afrontamiento familiar es la reestructuración, adquisición de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización para conseguir apoyo formal y evaluación pasiva.⁽¹¹⁾

Las enfermedades crónicas su crecimiento es gradual y su existencia representa, en cierto modo, un reconocimiento del fracaso de la medicina (en la medida en que, si son crónicas, son incurables). Por otro lado, su etiología es apenas conocida y en ellas pueden diferenciarse niveles de análisis distintos, estas alteraciones poseen una distinta entidad epistemológica y científica. A mayor abundamiento, estas enfermedades no se dan en un vacío social si no que se incardinan en personas que suelen vivir en familia.⁽¹²⁾

El cuidado y mantenimiento de los miembros familiares enfermos se reconoce, asimismo, como un problema ante el que no existe respuesta social satisfactoria en la medida que la enfermedad no afecta solamente al miembro enfermo si no que se difunde en mayor o menor medida a todos los miembros componentes de esa familia de manera desigual, cargando más la responsabilidad del cuidado hacia las mujeres. La sociedad contemporánea no tiene prevista la existencia, el cuidado y dinámica de las enfermedades crónicas en el seno de la familia. Las enfermedades crónicas producen estrés inescapable de distinta intensidad. Importante es conocer el fenómeno de afrontamiento. La tesis básica es que el afrontamiento desempeña un papel importante en la interacción del sujeto y el estresor. El afrontamiento es un proceso en el que el organismo trata de resolver los impactos de los estresores, fundamentalmente como formas de manejo de las emociones que se activan con tales estresores.⁽¹³⁾

Existen dos determinantes básicos en el manejo del estrés, los procesos de valoración y las estrategias de afrontamiento. Dentro de los procesos de valoración, la valoración primaria se refiere al significado que tiene el acontecimiento para el bienestar de la persona (valoración irrelevante, positiva o estresante). Así, un suceso se percibirá como estresante en la medida en que implique un cierto grado de reto, amenaza o daño. La valoración secundaria, por su parte, se basa en la estimación de la capacidad disponible para hacer frente a una situación estresante. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento representan el esfuerzo cognitivo conductual y emocional que se realiza para alterar las características del estresor (Afrontamiento centrado en el problema), o para regular las reacciones afectivas que ante él se desencadenan (Afrontamiento centrado en la emoción).⁽¹⁴⁾

Dentro del ámbito de la salud, se ha propuesto la categorización del afrontamiento del nivel intermedio, destinada a clasificar las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha ante los problemas de salud. De acuerdo con esta perspectiva existirían cuatro tipos de reacciones ante los diferentes problemas de salud: El afrontamiento instrumental, dirigido a la búsqueda de asistencia médica e información; el afrontamiento paliativo, el cual se incluye una serie de acciones para tratar de amortiguar los efectos negativos del problema; el afrontamiento emocional, que atiende a los aspectos emocionales negativos; y por último, el afrontamiento de distracción, con el que se intenta evitar pensar en el problema o buscar compañía de personas.⁽¹⁵⁾

La mayoría de las familias deben hacer frente a las enfermedades crónicas de uno de sus miembros en algún momento del ciclo vital. La prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento. La mitad de la población mayor de 65 años y una cuarta parte de las personas de 45 y 64 años sufren algún tipo de limitación en sus actividades a causa de las enfermedades crónicas. Con el aumento de la población de edad avanzada, se incrementa la carga de

enfermedades crónicas y las familias se ven forzadas a asumir cada vez más la responsabilidad de su cuidado. La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a la familia y a la manera en que esta logra adaptarse a esa situación que repercute a su vez en el curso de su enfermedad. El cuidado de los pacientes afectados por una enfermedad crónica recae principalmente sobre las familias, más que sobre los profesionales de la salud. Son los familiares quienes deben ocuparse de la mayor parte de los cuidados materiales de la enfermedad, que incluyen desde la preparación de comidas especiales para un miembro afectado por enfermedad cardíaca, a la administración de insulina a un diabético o al manejo de aparato de diálisis a domicilio. Además, los familiares constituyen la principal fuente de apoyo emocional y social, son quienes comparten la frustración, el desaliento y la desesperación que ocasiona el vivir con una enfermedad crónica.⁽¹⁶⁾

La enfermedad crónica influye en todos los aspectos de la vida familiar. Las antiguas costumbres se transforman, sus miembros deben abandonar ciertas actividades compartidas y redistribuir sus funciones y responsabilidades. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a las tensiones y exigencias de la enfermedad crónica y tienden a aunar esfuerzos y fortalecer sus lazos. Ciertas familias se cierran en si mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía e independencia. Otras en cambio se distancian a causa de la presión de la enfermedad crónica, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte.⁽¹⁷⁾

El Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica, tiene como propósito, obtener el afrontamiento familiar de acuerdo al grado de cumplimiento de las tareas necesarias para hacer frente de forma efectiva a la enfermedad crónica. El instrumento consta de siete preguntas, cada pregunta su puntuación es sobre una escala Likert, dando un valor de 0 a 2 puntos, con lo que se obtiene:

- Puntuación superior a 10: La familia afronta muy bien la enfermedad.
- Puntuación entre 5 -10: La familia tiene algunas dificultades para afrontar la enfermedad crónica.
- Puntuación menor de 5: La familia presenta afrontamiento inadecuado. ⁽¹⁸⁾

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una enfermedad como la Diabetes Mellitus tipo 2 puede trastornar la situación familiar. Debe existir entonces la adaptación familiar a las exigencias de esta y otras enfermedades crónicas; algunas familias se fortalecen, algunas se cierran en si mismas y otras se distancian hasta el punto de la desintegración. Por su trascendencia se efectúa el siguiente planteamiento: **¿Cuál es el Afrontamiento Familiar de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”?**

1.4 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 afectan de manera importante la vida familiar, produciendo cambios en los integrantes de las familias con redistribución de las funciones y responsabilidades. Debe existir entonces la adaptación familiar a las exigencias de las enfermedades crónicas pues algunas familias se fortalecen, algunas se cierran en si mismas y otras se distancian hasta el punto de la desintegración. Una enfermedad crónica puede trastornar la situación familiar. En nuestro medio, la Medicina Familiar, nos permite conocer cómo una familia afronta la crisis de la enfermedad crónica al tener un miembro enfermo; resulta además de interesante un cimiento imprescindible para conocer las ramas que entretajan a las Familias y como es determinante en el éxito o fracaso terapéutico.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Afrontamiento Familiar de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Aplicar el Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica para evaluarlo en los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

- B) Identificar los datos sociodemográficos de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, y su posible repercusión en el Afrontamiento Familiar de esta Enfermedad Crónica.

- C) Conocer la relación existente entre el Afrontamiento Familiar y el control glucémico de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

- D) Conocer la relación existente entre el Afrontamiento Familiar y el Estado Civil de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

1.6 HIPÓTESIS

Los estudios observacionales no contrastan hipótesis.

Para fines didácticos y de enseñanza utilizaremos las hipótesis:

HIPÓTESIS 1 ó VERDADERA:

La familia de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” afronta muy bien la enfermedad crónica.

HIPÓTESIS 0 ó NULA:

La familia de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” tiene algunas dificultades para afrontar la enfermedad crónica o presenta afrontamiento inadecuado.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

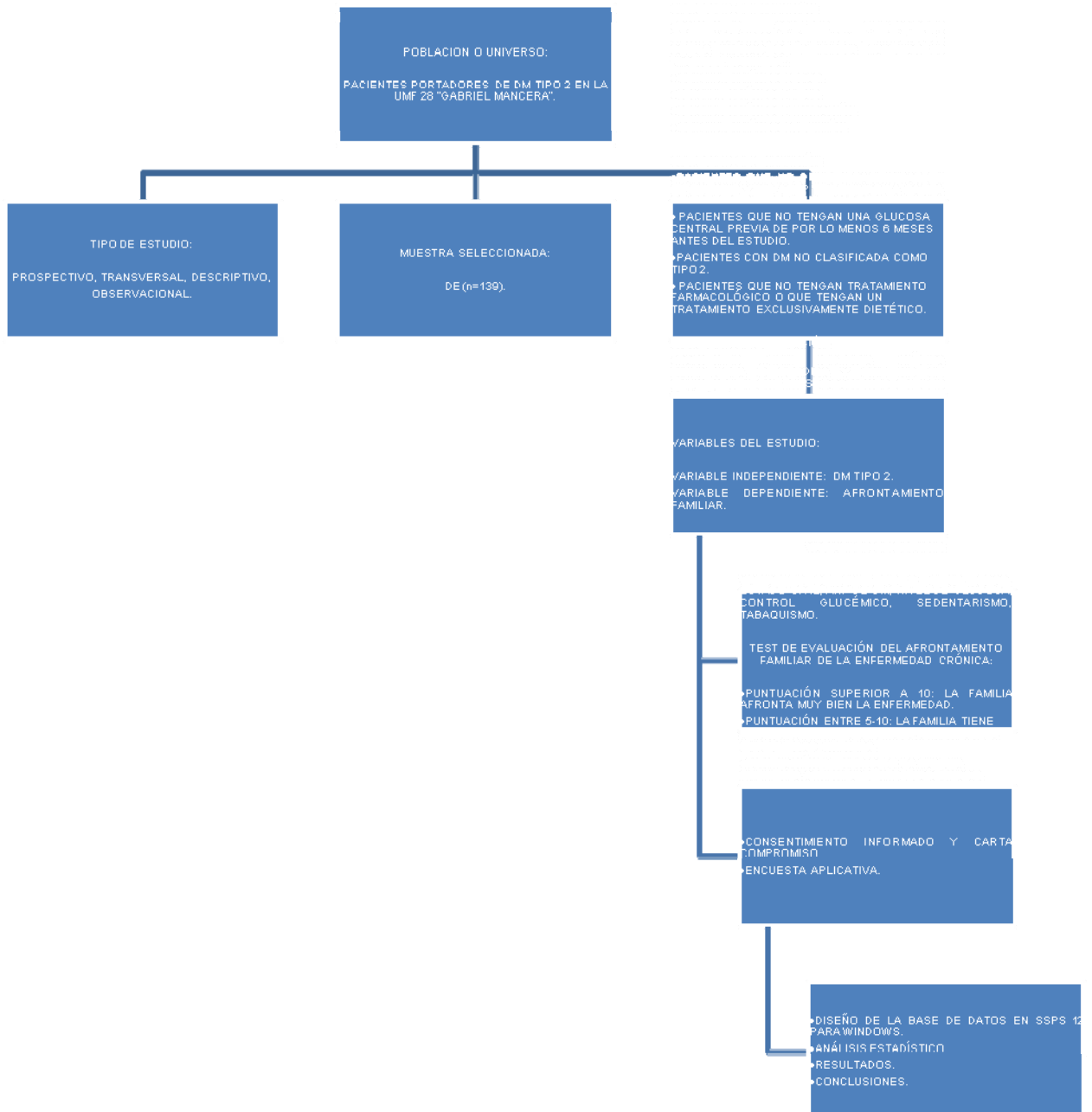
A).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es un estudio: **PROSPECTIVO**.

B).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**.

C).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados es un estudio: **DESCRIPTIVO**.

D).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es un estudio: **OBSERVACIONAL**.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



2.3 POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, en el Distrito Federal, México, con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2 sin distinción de edad, sexo, ocupación o religión. Esta fue una población urbana.

2.4 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, ubicada en la Colonia del Valle, del Distrito Federal, México, de Marzo de 2007 a Febrero de 2009.

2.5 MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó de forma probabilística con base en la prevalencia de la enfermedad para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, obteniéndose 139 pacientes por selección aleatoria simple, con un intervalo de confianza de 95 %, con una proporción del 0.10, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10, donde la variable dependiente es el afrontamiento familiar y la variable independiente es Diabetes Mellitus tipo 2.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N = Número total de individuos requeridos

Z α = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P = Proporción Esperada

(1 - P) = Nivel de confianza

W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z\alpha^2 P (1 - P)}{W^2}$$

2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes adultos portadores confirmados de Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar 28 “Gabriel Mancera”.
2. Sin distinción de edad.
3. Sin distinción de género.
4. Sin distinción de ocupación.
5. Sin distinción de religión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que no desearon participar en el estudio y no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.
2. Pacientes que no tuvieron una Glucosa central previa de por lo menos 6 meses antes del estudio.
3. Pacientes con Diabetes Mellitus no clasificada como tipo 2.
4. Pacientes que no tuvieron tratamiento farmacológico o que tuvieron un tratamiento exclusivamente dietético.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes con historia clínica incompleta ó perdida y que no se encontraron en tres ocasiones en los archivos.
2. Pacientes que abandonaron el proyecto.
3. Pacientes que tuvieron información incompleta en la encuesta aplicativa.
4. Por fallecimiento del paciente.
5. Paciente que ya no fueran derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” o del IMSS.

2.7 VARIABLES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- 1.- Número de filiación.
- 2.- Turno del paciente.
- 3.- Nombre del paciente.
- 4.- Edad.
- 5.- Sexo.
- 6.- Peso.
- 7.- Talla.
- 8.- Ocupación.
- 9.- Estado civil.
- 10.- Religión.

VARIABLES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

- 1.- Años de portar Diabetes Mellitus tipo 2.
- 3.- Antecedente familiar de Diabetes Mellitus.
- 4.- Nivel de glucosa.
- 5.- Control glucémico.
- 6.- Sedentarismo.
- 7.- Tabaquismo.

VARIABLES DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR

1. La familia afronta muy bien la enfermedad.
2. La familia tiene algunas dificultades para afrontar la enfermedad.
3. La familia presenta afrontamiento inadecuado.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Diabetes Mellitus tipo 2: Es una compleja enfermedad metabólica caracterizada por un estado de hiperglucemia, elevada por encima de los límites fisiológicos normales, y con otros síntomas. La enfermedad es crónica, incurable y evolutiva; resultado de la deficiente secreción de insulina de forma progresiva o de la resistencia de receptores a la misma.

Afrontamiento Familiar: Son los esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan a cabo el individuo y su familia para hacer frente al estrés; es decir, para tratar de hacer frente a las demandas externas e internas generadoras del estrés. Es un concepto que adquiere un gran interés en el ámbito psicológico, ya que es el modo en el que el individuo hace frente al estrés y puede actuar como importante mediador ante las situaciones estresantes.

VARIABLES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2			
NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
AÑOS DE PORTAR DIABETES MELLITUS TIPO 2	CUANTITATIVA	NÚMERO CONTINUOS	NÚMEROS CONTINUOS
ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES MELLITUS	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = SI 2 = NO
NIVELES DE GLUCOSA SÉRICA	CUANTITATIVA	NOMINAL	NÚMEROS CONTINUOS (mg/dl)
CONTROL GLUCÉMICO	CUALITATIVA	NOMINAL	1 = CONTROL 2 = DESCONTROL

VARIABLES DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR			
NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLES
AFRONTAMIENTO FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	<p>1 = LA FAMILIA AFRONTA MUY BIEN LA ENFERMEDAD</p> <p>2 = LA FAMILIA TIENE ALGUNAS DIFICULTADES PARA AFRONTAR LA ENFERMEDAD</p> <p>3 = LA FAMILIA PRESENTA AFRONTAMIENTO INADECUADO</p>

DATOS GENERALES			
NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS CONSECUTIVOS
TURNO DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTÓMICA)	<p>1 = MATUTINO</p> <p>2 = VESPERTINO</p>
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	<p>1 = FEMENINO</p> <p>2 = MASCULINO</p>
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	<p>1 = EMPLEADO</p> <p>2 = DESEMPLEADO</p>
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	<p>1 = SOLTERO</p> <p>2 = CASADO</p> <p>3 = DIVORCIADO</p> <p>4 = VIUDO</p> <p>5 = UNIÓN LIBRE</p>

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO

- El objetivo del estudio fue evaluar el Afrontamiento Familiar de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.
- Únicamente se estudió un solo grupo.
- El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 12 para Windows, con el que a partir de los resultados se obtuvieron frecuencias, porcentajes y elaboración de gráficas correspondientes, lo que permitió su análisis y elaboración de conclusiones.

2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó y aplicó una “Encuesta Aplicativa” con los datos a obtener de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” y se les aplicó el “Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica”.

2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó en una entrevista individual, a los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, que asistieron a consulta, la “Encuesta Aplicativa” y el “Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica”.

Los instrumentos de recolección fueron aplicados de dos formas:

- Autoadministración a quienes sabían leer y tenían un adecuado grado de instrucción.
- Entrevista realizada por asistente médica y/o médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar.

El investigador consultó cada uno de los expedientes clínicos para asegurarse que los pacientes en estudio cumplieran los criterios de inclusión del estudio.

El tiempo promedio de la aplicación fue de 15 minutos por paciente.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

- Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en forma individual y únicamente en los pacientes especificados que cumplieron los criterios de inclusión.
- Cuando el nivel de lectura en el paciente fue inadecuado se leyó cada pregunta logrando que el sujeto comprendiera y seleccionara en voz alta una única respuesta para cada cuestionamiento.
- No se hizo mención de lo que de la “Encuesta Aplicativa” y el “Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica” se obtendría, lo anterior para evitar el condicionamiento y predisposición del paciente para contestar, lo que hubiera podido afectar los resultados obtenidos.
- Se le aclaró al paciente en turno que podía dejar una pregunta en blanco cuando no estuviera seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente era aplicable a su enfermedad; pero que antes de dejarla en blanco debería intentar dar una respuesta.
- No se discutió ninguna pregunta con los pacientes, se les explicó que debían buscar sus propias respuestas.
- Al término de la entrevista individual, los instrumentos de recolección de datos fueron revisados para corroborar que fueran llenados correctamente en su totalidad, sin omisiones y con una sola respuesta alternativa para cada pregunta.

2.12 PRUEBA PILOTO

Se aplicó prueba piloto, para verificar aquellas preguntas poco comprensibles por el contestador y se midió el tiempo de las inconveniencias del test y así poder reestructurar el formato del instrumento y poderlo hacer menos tedioso, contestarse en menor tiempo posible y que fuera óptimo para el contestador.



2.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.



TÍTULO DEL PROYECTO:

“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 28
 GABRIEL MANCERA”

2007 - 2008

FECHA	MAR 2007	ABR 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007	NOV 2007	DIC 2007	ENE 2008	FEB 2008
TÍTULO												
ANTECEDENTES												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA												
OBJETIVOS												
HIPÓTESIS												
PROPOSITOS												
DISEÑO METODOLÓGICO												
ANÁLISIS ESTADÍSTICO												
CONSIDERACIONES ÉTICAS												
RECURSOS												
BIBLIOGRAFÍA												
ASPECTOS GENERALES												
ACEPTACIÓN												

TÍTULO DEL PROYECTO:

“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 28
GABRIEL MANCERA”

2008 - 2009

FECHA	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO												
RECOLECCION DE DATOS												
ALMACENAMIENTO DE DATOS												
ANÁLISIS DE DATOS												
DESCRIPCIÓN DE DATOS												
DISCUSIÓN DE DATOS												
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO												
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL												
REPORTE FINAL												
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACIÓN												

2.14 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Humanos:

- Investigador: Dr. Mario Alberto Cruz Ugalde.
- Asesores de Tesis: Dr. Ignacio Arroyo Moreno (Asesor Clínico), Dr. Román Rodríguez Ojeda (Asesor Experimental).

Materiales:

- Computadora
- Unidad de Almacenamiento USB
- Discos de 3 y ½ pulgadas.
- Papel, lápices, plumas.
- Servicio de fotocopiado.
- El Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la enfermedad crónica*.

* Susan M. MacDaniel. Thomas L. Campbel. David B. Seaburn. Orientación familiar en atención primaria. Manual para Médicos de familia y otros profesionales de la salud. Editorial springer Verlag Ibérica.

Financiamiento:

- Por cuenta del investigador.

2.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

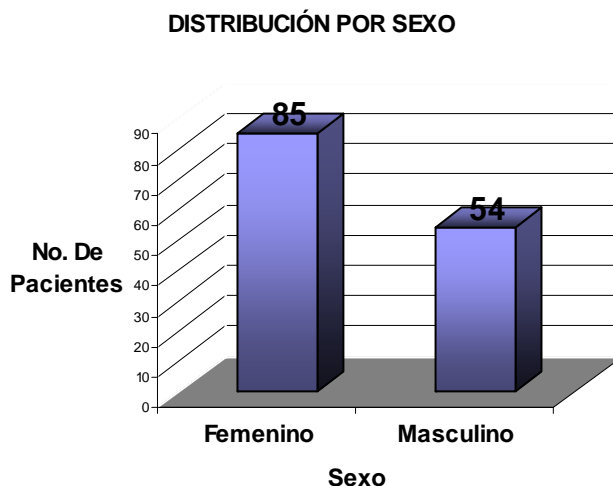
Este proyecto de investigación cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud, México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el Título segundo Capítulo 1, Artículo 17: “investigación sin riesgo son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o 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 identifique ni se trate aspectos sensitivos de su conducta”.

3. RESULTADOS

3.1 VARIABLES DE LA ENCUESTA APLICATIVA

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, que incluyó a un total de 139 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión.

De los 139 pacientes estudiados 85 fueron del sexo femenino (61.1%) y 54 del sexo masculino (38.8 %). **Ver Gráfica 1.**



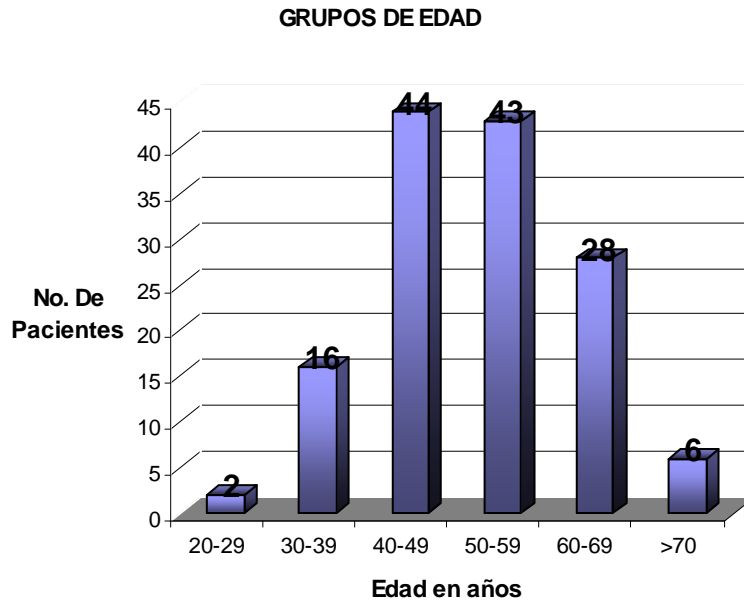
Gráfica 1. Fuente: Encuesta Aplicativa.

La edad se agrupó por decenios, el de mayor frecuencia fue de 40-49 años con 44 (31.7%) pacientes donde predominó el sexo femenino. **Ver Tabla 1 y Gráficas 2 y**

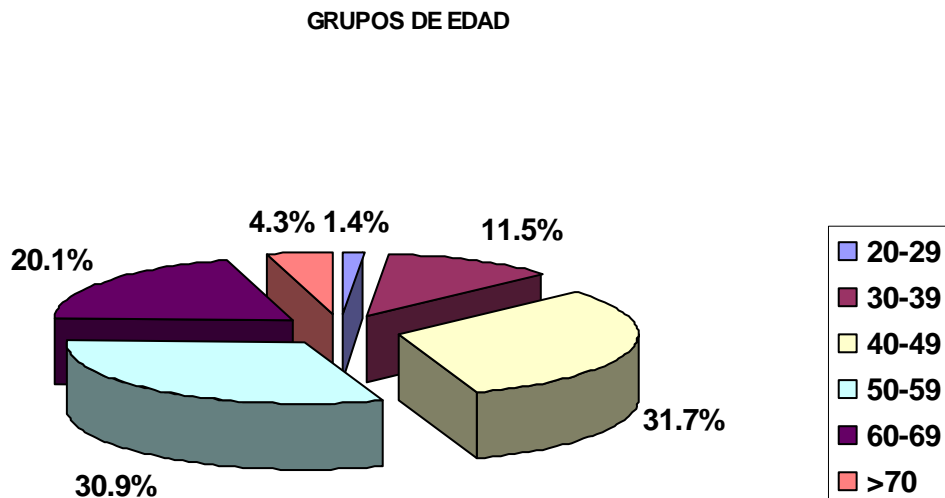
3.

Grupos de Edad				
Grupos de Edad en años:	Sexo de los Pacientes		Total de Pacientes	%
	Femenino	Masculino		
20-29	1	1	2	1.4
30-39	9	7	16	11.5
40-49	30	14	44	31.7
50-59	21	22	43	30.9
60-69	20	8	28	20.1
>70	4	2	6	4.3
Total	85	54	139	100%

Tabla 1. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 2. Fuente: Encuesta Aplicativa.

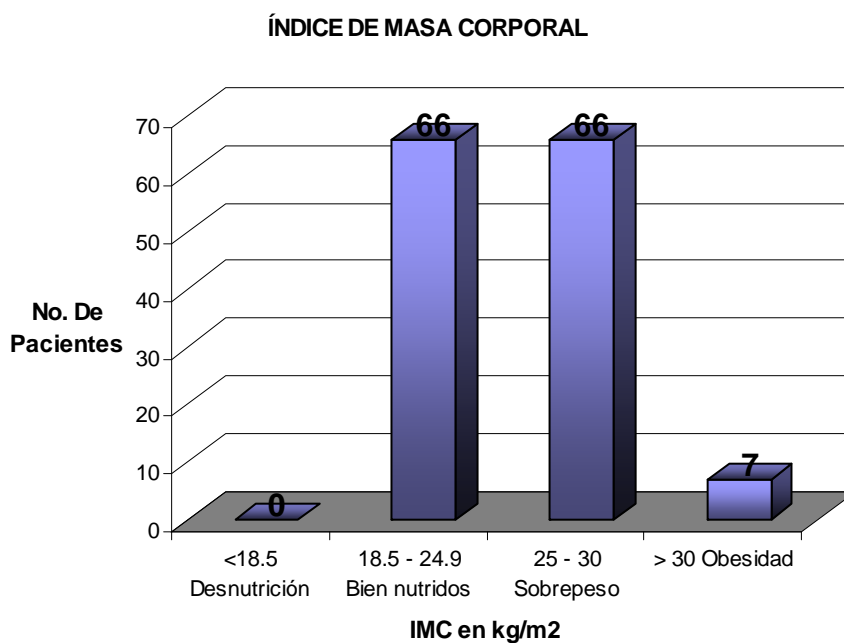


Gráfica 3. Fuente: Encuesta Aplicativa.

En base a su Índice de Masa Corporal ⁽¹⁹⁾, de los 139 pacientes estudiados, 66 (47.5%) se encontraron bien nutridos, otros 66 (47.5%) con sobrepeso y 7 (5%) con obesidad. **Ver Tabla 2 y Grafica 4.**

Índice de Masa Corporal (IMC en kg / M ²)	Interpretación Antropométrica	No. De Pacientes	%
<18.5	Desnutrición	0	0
18.5 - 24.9	Bien nutridos	66	47.5
25 - 30	Sobrepeso	66	47.5
> 30	Obesidad	7	5
Total de Pacientes		139	100%

Tabla 2. Fuente: Encuesta Aplicativa.

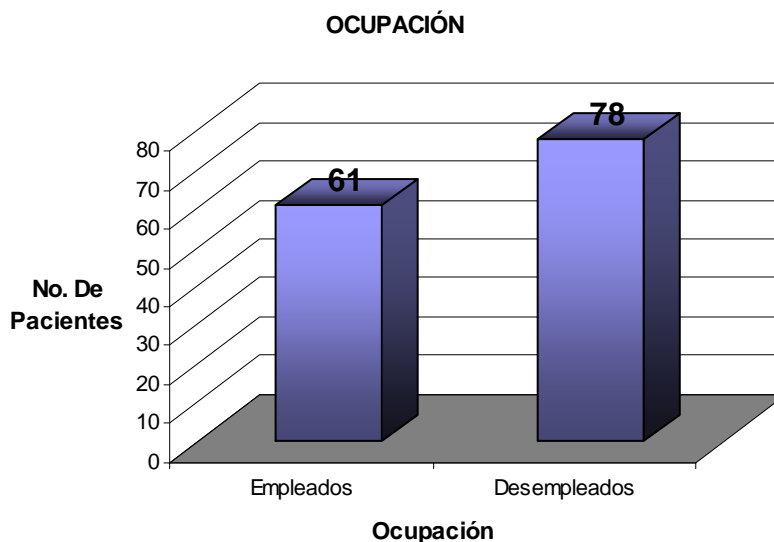


Gráfica 4. Fuente: Encuesta Aplicativa.

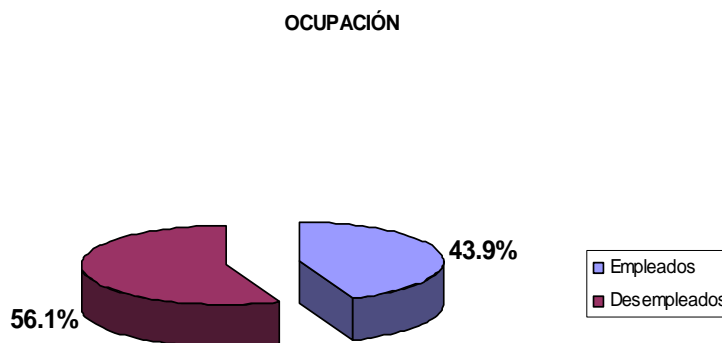
Del total de 139 pacientes, 61 (43.9%) se encontraron empleados y 78 (56.1%) desempleados. Ver Tabla 3 y Gráficas 5 y 6.

Ocupación		
	No. De Pacientes	%
Empleados	61	43.9
Desempleados	78	56.1
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 3. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 5. Fuente: Encuesta Aplicativa.

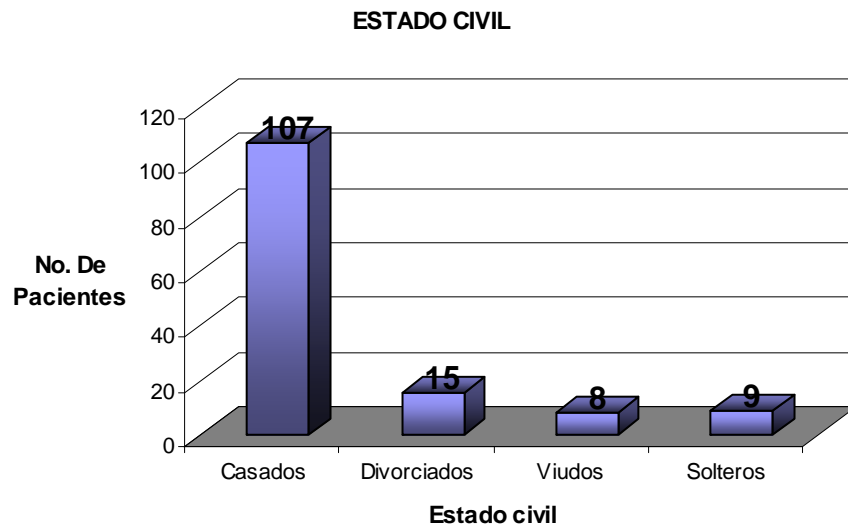


Gráfica 6. Fuente: Encuesta Aplicativa.

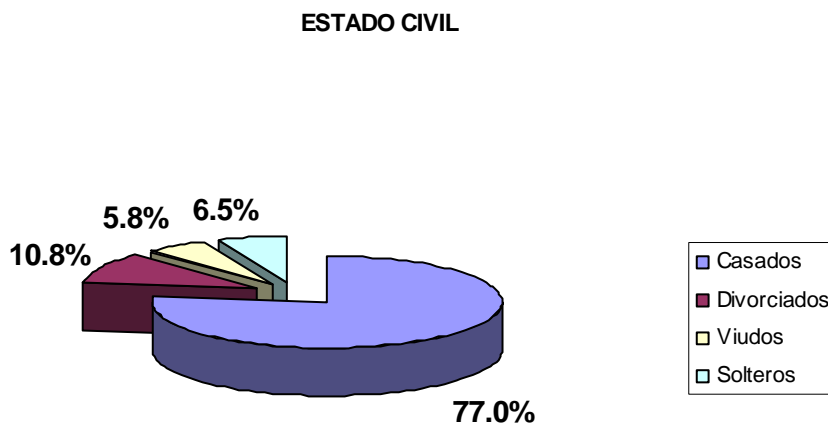
El Estado Civil de los 139 pacientes estudiados fue de 107 (77%) casados, 15 (11%) divorciados, 8 (6%) viudos y 9 solteros (6%). **Ver Tabla 4 y Gráficas 7 y 8.**

Estado civil		
	No. De Pacientes	%
Casados	107	77
Divorciados	15	10.8
Viudos	8	5.8
Solteros	9	6.5
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 4. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 7. Fuente: Encuesta Aplicativa.

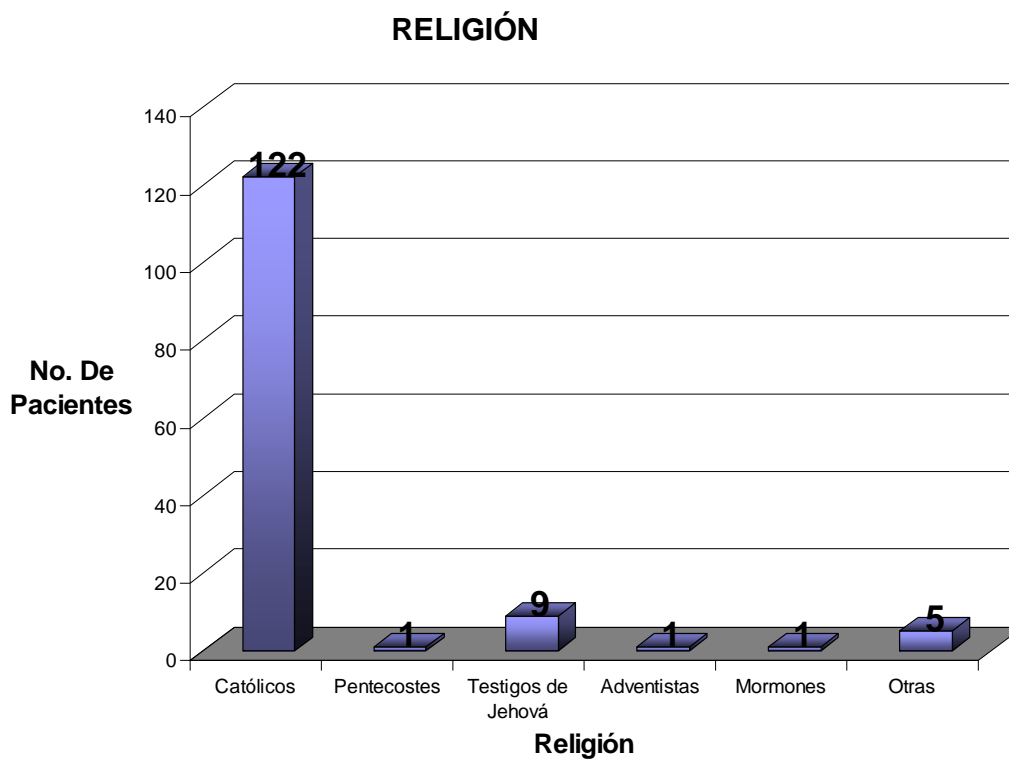


Gráfica 8. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Del total de 139 pacientes, 122 (87.7%) tuvieron religión Católica, 1 (0.7%) fue Pentecostés, 9 (6.5%) fue Testigos de Jehová, 1 (0.7%) fue Adventistas, 1 (0.7%) fue Mormón y 5 (3.6%) fue de otra religión diferente. **Ver Tabla 5 y Gráfica 9.**

Religión		
	No. De Pacientes	%
Católicos	122	87.7
Pentecostés	1	0.7
Testigos de Jehová	9	6.5
Adventistas	1	0.7
Mormones	1	0.7
Otras	5	3.6
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 5. Fuente: Encuesta Aplicativa.

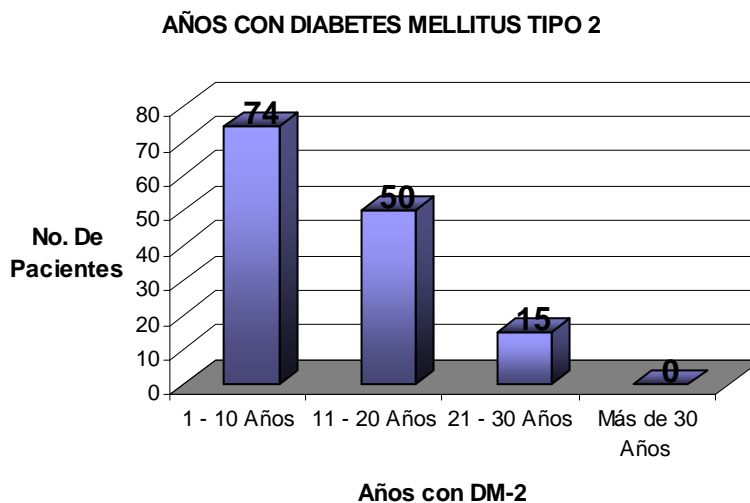


Gráfica 9. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Los años con Diabetes Mellitus tipo 2 se agrupó por decenios, el de mayor frecuencia fue de 1 - 10 años con 74 (53.2%) pacientes, le siguieron en orden decreciente el de 11 – 20 años con 50 (36%) pacientes, el de 21 - 30 años con 15 (10.8%) pacientes, y el de más de 30 años con 0 (0%) pacientes. **Ver Tabla 6 y Gráficas 10 y 11.**

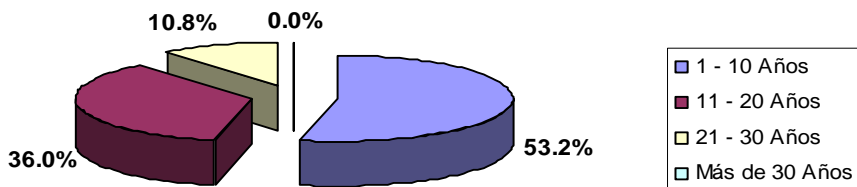
Años con DM-2		
	No. De Pacientes	%
1 - 10 Años	74	53.2
11 - 20 Años	50	36
21 - 30 Años	15	10.8
Más de 30 Años	0	0
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 6. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 10. Fuente: Encuesta Aplicativa.

AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



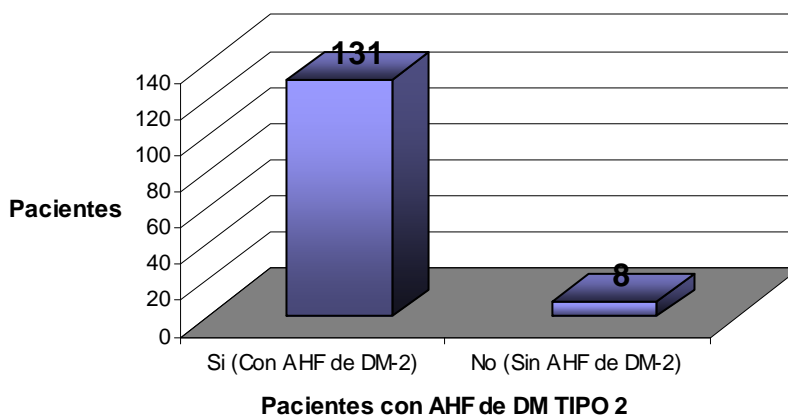
Gráfica 11. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Del total de 139 pacientes, 131 (94.2%) presentaron Antecedentes Heredo - Familiares de Diabetes Mellitus tipo 2 y 8 (5.8%) no los presentaron. **Ver Tabla 7 y Gráficas 12 y 13.**

AHF de DM-2		
	No. De Pacientes	%
Si (Con AHF de DM -2)	131	94.2
No (Sin AHF de DM -2)	8	5.8
Total de pacientes	139	100%

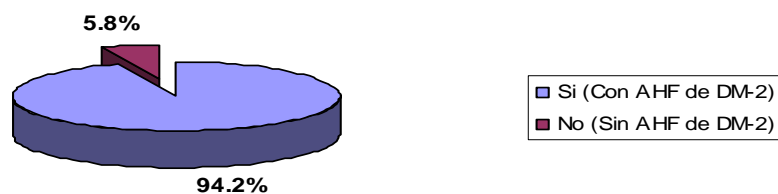
Tabla 7. Fuente: Encuesta Aplicativa.

PACIENTES CON AHF DE DM TIPO 2



Gráfica 12. Fuente: Encuesta Aplicativa.

PACIENTES CON AHF DE DM TIPO 2

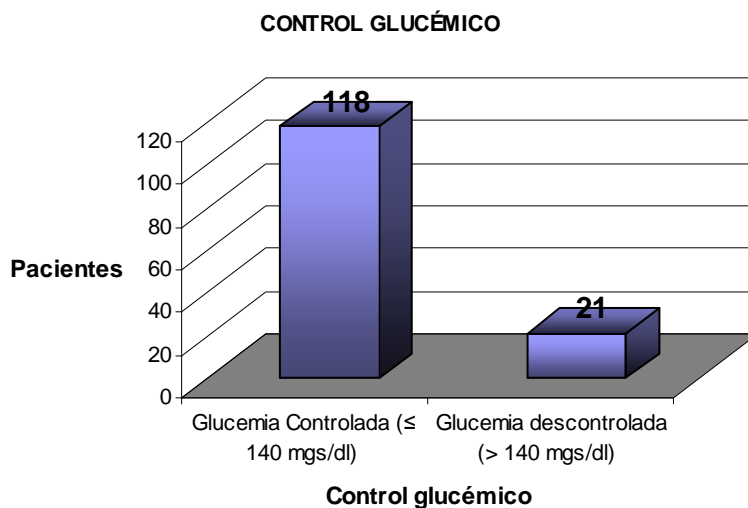


Gráfica 13. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Del total de 139 pacientes, 118 (84.9%) se encontraron con glucemia controlada y 21 (15.1%) con glucemia descontrolada. **Ver Tabla 8 y Gráficas 14 y 15.**

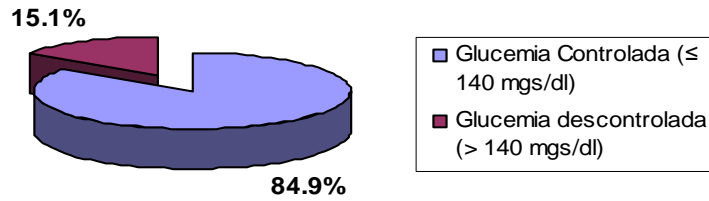
CONTROL GLUCÉMICO		
	No. De Pacientes	%
Glucemia Controlada (\leq 140 mgs/dl)	118	84.9
Glucemia descontrolada ($>$ 140 mgs/dl)	21	15.1
Total de pacientes	139	100%

Tabla 8. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 14. Fuente: Encuesta Aplicativa.

CONTROL GLUCÉMICO

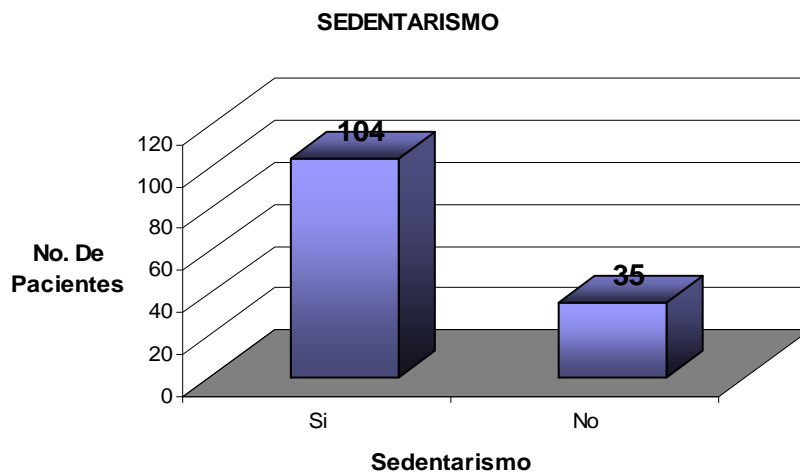


Gráfica 15. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Del total de 139 pacientes, 104 (74.8%) fueron sedentarios y 35 (25.2%) no lo fueron. **Ver Tabla 9 y Gráficas 16 y 17.**

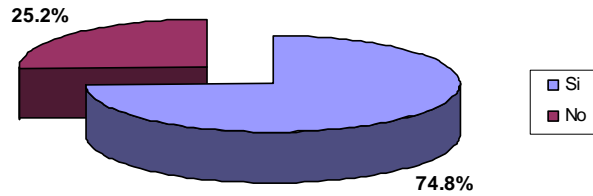
SEDENTARISMO		
	No. De Pacientes	%
Si	104	74.8
No	35	25.2
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 9. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 16. Fuente: Encuesta Aplicativa.

SEDENTARISMO

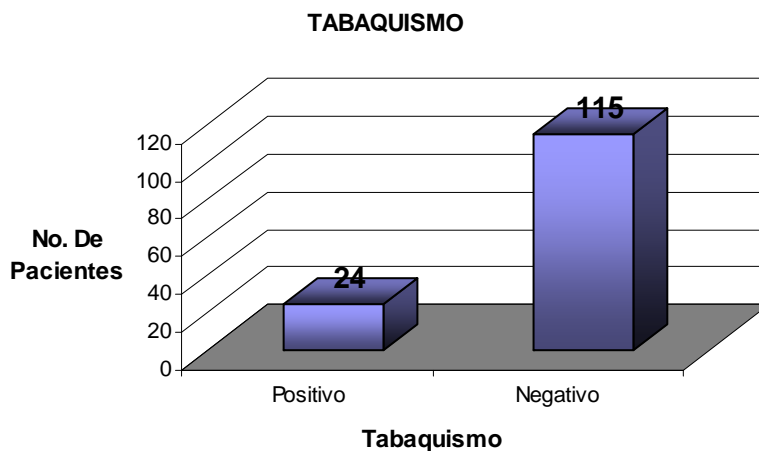


Gráfica 17. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Del total de 139 pacientes, 24 (17.3%) presentaron tabaquismo positivo y 115 (82.7%) fue negativo. **Ver Tabla 10 y Gráficas 18 y 19.**

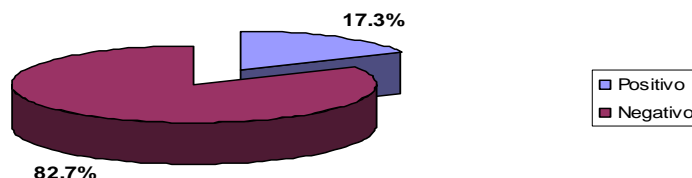
TABAQUISMO		
	No. De Pacientes	%
Positivo	24	17.3
Negativo	115	82.7
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 10. Fuente: Encuesta Aplicativa.



Gráfica 18. Fuente: Encuesta Aplicativa.

TABAQUISMO

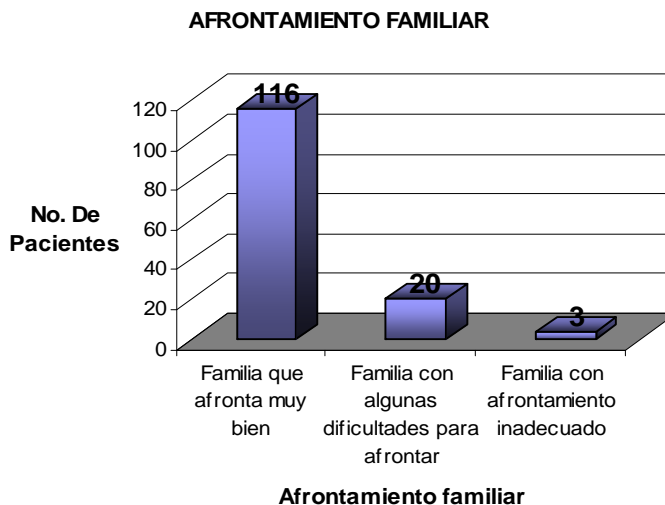


Gráfica 19. Fuente: Encuesta Aplicativa.

Del total de 139 pacientes, 116 (83.4%) presentaron familias que afrontan muy bien, 20 (14.4%) presentaron familias con algunas dificultades para afrontar y 3 (2.2%) presentaron familias con afrontamiento inadecuado. **Ver Tabla 11 y Gráficas 20 y 21.**

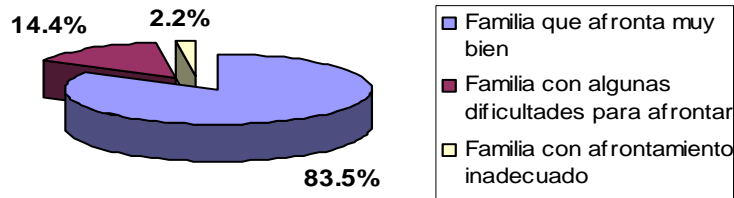
AFRONTAMIENTO FAMILIAR		
	No. De Pacientes	%
Familias que afrontan muy bien	116	83.4
Familias con algunas dificultades para afrontar	20	14.4
Familias con afrontamiento inadecuado	3	2.2
Total de Pacientes	139	100%

Tabla 11. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).



Gráfica 20. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

AFRONTAMIENTO FAMILIAR



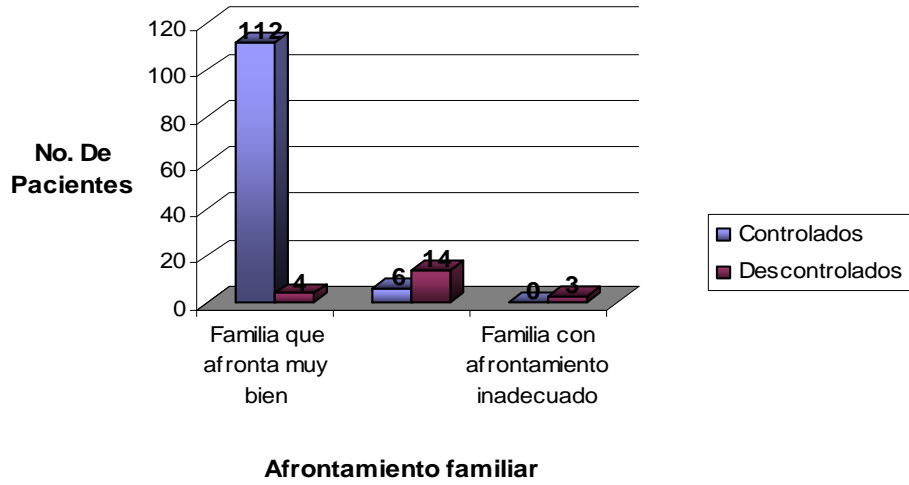
Gráfica 21. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

Del total de 139 pacientes, 112 (80.6%) presentaron glucemia controlada y familia que afronta muy bien la DM-2, 4 (2.9%) presentaron glucemia descontrolada y familia que afronta muy bien la DM-2 ; 6 (4.3%) presentaron glucemia controlada y familia con algunas dificultades para afrontar la DM-2, 14 (10.0%) presentaron glucemia descontrolada y familia con algunas dificultades para afrontar la DM-2; 0 (0%) presentaron glucemia controlada y familia con afrontamiento inadecuado a la DM-2, 3 (2.2%) presentaron glucemia descontrolada y familia con afrontamiento inadecuado a la DM-2. **Ver Tabla 12 y Gráficas 22 y 23.**

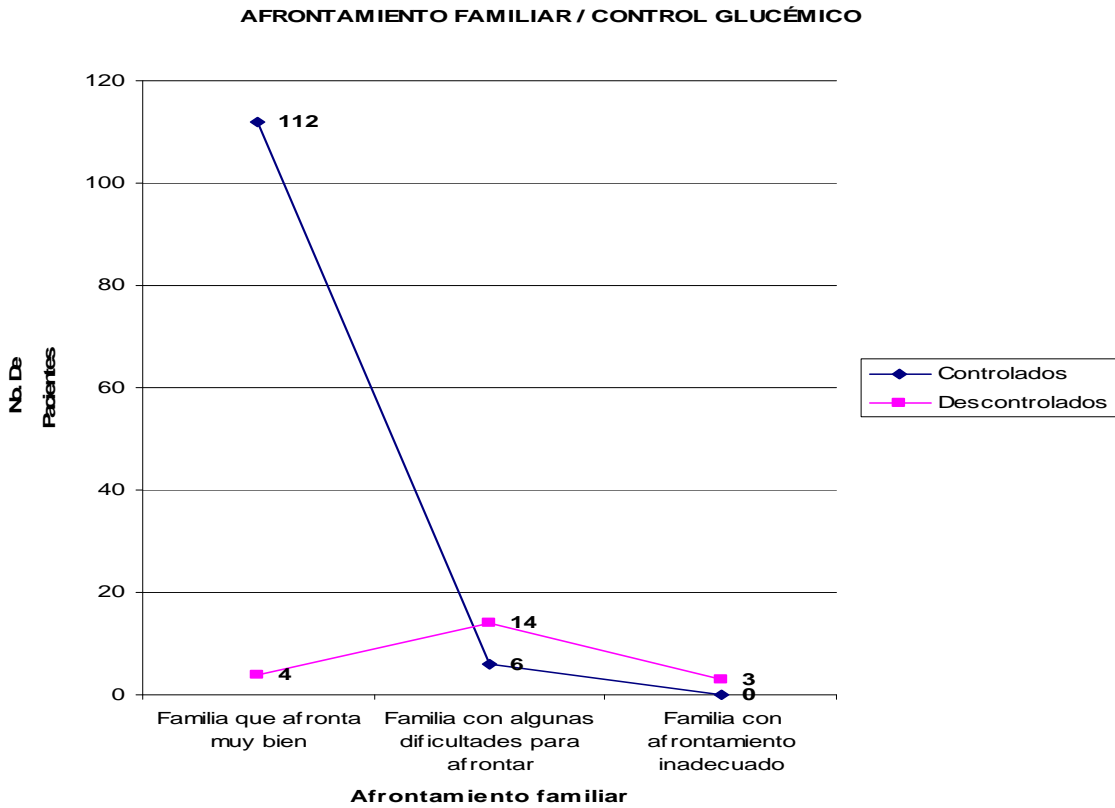
	CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES	
	Controlado	Descontrolado
Familia que afronta muy bien	112 (80.6%)	4 (2.9%)
Familia con algunas dificultades para afrontar	6 (4.3%)	14 (10.0%)
Familia con afrontamiento inadecuado	0 (0%)	3 (2.2%)
Subtotal de Pacientes	118 (84.9%)	21 (15.1%)
Total de Pacientes	139 (100%)	

Tabla 12. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

AFRONTAMIENTO FAMILIAR / CONTROL GLUCÉMICO



Gráfica 22. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).



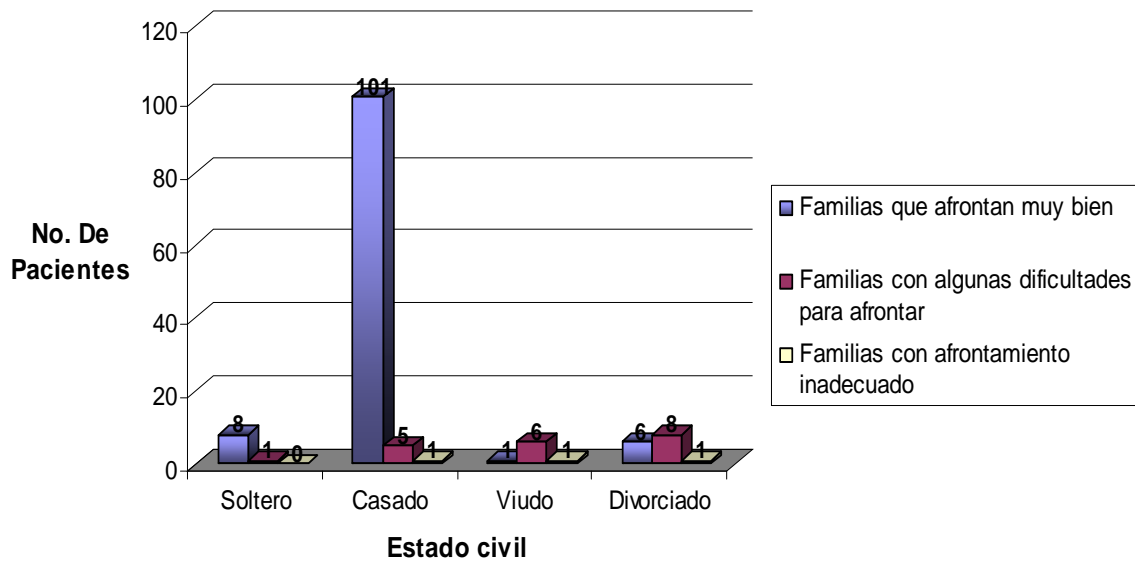
Gráfica 23. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

Del total de 139 pacientes, los casados 101 (72.6%) presentaron familias que afrontan muy bien la DM-2. Ver Tabla 13 y Gráficas 24 y 25.

	ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES			
	Solteros	Casados	Viudos	Divorciados
Familias que afrontan muy bien	8 (5.7%)	101 (72.6%)	1 (0.7%)	6 (4.3%)
Familias con algunas dificultades para afrontar	1 (0.7%)	5 (3.6%)	6 (4.3%)	8 (5.7%)
Familias con afrontamiento inadecuado	0 (0%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)
Subtotal de Pacientes	9 (6.4%)	107 (76.9%)	8 (5.7%)	15 (10.7%)
Total de Pacientes	139 (100%)			

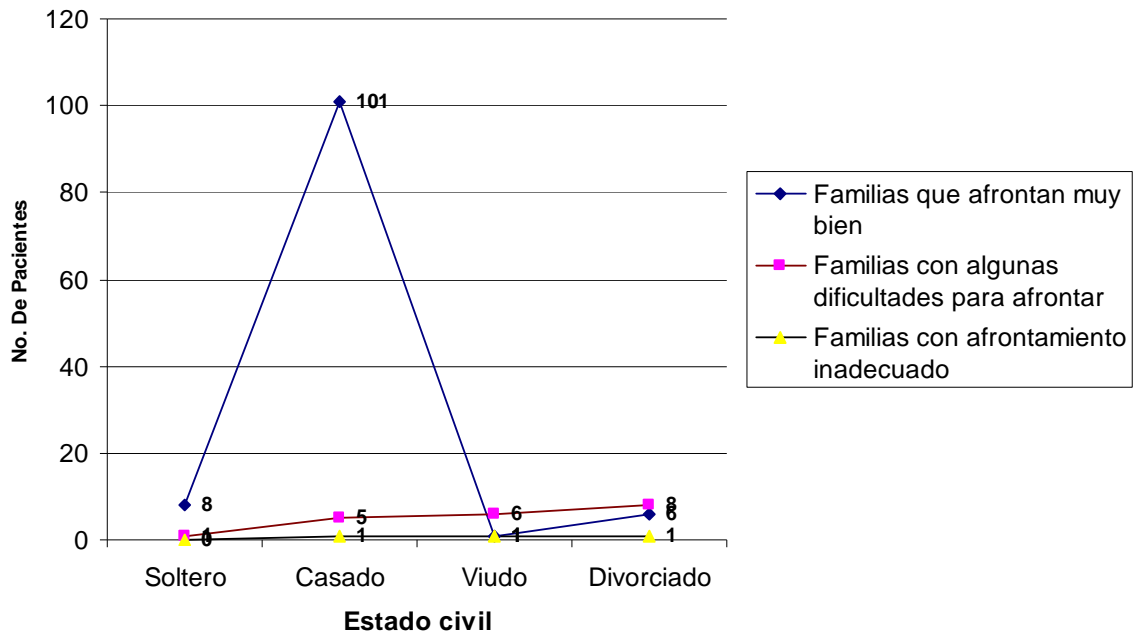
Tabla 13. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

AFRONTAMIENTO FAMILIAR / ESTADO CIVIL



Gráfica 24. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

AFRONTAMIENTO FAMILIAR / ESTADO CIVIL



Gráfica 25. Fuente: Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2).

4. DISCUSIÓN

Los resultados en el presente estudio indican que la percepción de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera", en su mayoría, perciben que sus familias afrontan muy bien la enfermedad. Resaltando que los mejores controles glucémicos y los puntajes más altos del Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar de la Enfermedad Crónica (DM-2) se encontraron en los pacientes casados y viviendo con sus familias. Esto último concuerda con lo emitido por **Susan M. MacDaniel, Thomas L. Campbel y David B. Seaburn**⁽¹⁶⁾, al establecer que el cuidado de los pacientes afectados por una enfermedad crónica recae principalmente sobre las familias, más que sobre los profesionales de la salud, ya que son los familiares quienes deben ocuparse de la mayor parte de los cuidados materiales de la enfermedad, Además, los familiares constituyen la principal fuente de apoyo emocional y social, son quienes comparten la frustración, el desaliento y la desesperación que ocasiona el vivir con una enfermedad crónica. Que la mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a las tensiones y exigencias de la enfermedad crónica y tienden a aunar esfuerzos y fortalecer sus lazos en pro del miembro enfermo. Ciertas familias se cierran en si mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo.

Resulta sumamente complicado establecer una discusión sobre el Afrontamiento Familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, cuando ni siquiera existe suficiente literatura sobre el primero y mucho menos conocimiento bien estructurado, serio e instrumentos que lo evalúen de forma adecuada. De aquí la importancia que adquiere el presente estudio al brindar a los especialistas en familia, un primer acercamiento sobre el conocimiento del Afrontamiento Familiar y la Diabetes Mellitus tipo 2; lo anterior, con la finalidad de fortalecer a las familias, así como brindar una mejor atención y seguimiento de sus pacientes, determinante en el éxito o fracaso terapéutico de los mismos.

5. CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió con el objetivo general que fue el evaluar el Afrontamiento Familiar de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, concluyéndose que los pacientes estudiados, en su mayoría, perciben que sus familias afrontan muy bien la enfermedad.

Las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 afectan de manera importante la vida familiar, produciendo cambios en la dinámica y funcionalidad de la misma. Debe existir entonces la adaptación familiar a las exigencias de las enfermedades crónicas que les permitan su fortalecimiento y evitar la desintegración. Una enfermedad crónica puede trastornar la situación familiar al afectar a uno de sus integrantes, por lo tanto, un adecuado Afrontamiento Familiar es determinante en el éxito o fracaso terapéutico del que la padece.

El médico especialista en Medicina Familiar debe realizar un manejo integral en estos pacientes, incidiendo predominantemente en el entorno familiar para garantizar la preservación del bienestar físico y psicológico, ya que es el enlace de primer contacto entre el paciente y los servicios de salud.

Los resultados obtenidos son un punto de partida para futuras investigaciones, donde se pretenda establecer una relación entre el Afrontamiento Familiar y el miembro de la familia que padece Diabetes Mellitus tipo 2; así mismo los resultados originan las siguientes propuestas:

- Brindar a los profesionales de la salud, predominantemente médicos especialistas en familia, actualización en Diabetes Mellitus tipo 2 y conocimiento del Afrontamiento Familiar; lo anterior, con la finalidad de fortalecer a las familias, así como brindar una mejor atención y seguimiento de sus pacientes,

- Generar mecanismos para orientar a los pacientes y a sus familias para prepararlas a un adecuado Afrontamiento Familiar en las posibles complicaciones que conlleva la Diabetes Mellitus tipo 2.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Meléndez Herrada E., B. Guadalupe Sánchez D, Maritoña Ramírez, P. Alejandro Cravioto. Estrella Cervantes. Diabetes Mellitus: Aspectos Modernos de problemática. Rev. Fac. Med. UNAM. 2007; 30 (3); 121-124.
- 2.- Vázquez Martínez José Luís, Gómez Dantes Héctor, Fernández Cantón Sonia. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2006; 44 (1): 13-26.
- 3.- Gaytan Enredes Ana Isabel, García de Alba Javier. El significado de la Diabetes Mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Rev. Med. Inst. Méx. Seguro Soc. 2006; 44 (2) 113-120.
- 4.- Viniegra Velásquez Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev. Med. Inst. Méx. Seguro Social. 2006; 44 (1):47-59.
- 5.- Comité de expertos en el diagnostico y clasificación de la diabetes mellitus. Estándares médicos en Diabetes Mellitus. 2007. Diabetes care. 2007; 39 (1): 4-41.
- 6.- Comité de expertos en el diagnostico y clasificación de la diabetes mellitus. Estándares médicos en Diabetes Mellitus. 2007. Diabetes care. 2007; 39 (1): 4-41.
- 7.- Comité de expertos en diabetes mellitus y riesgo cardiovascular de la Sociedad Española de diabetes 2006. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Rev. Clín. Invest. en Aterosclerosis. 2007; 19 (03):147-152.
- 8.- Meléndez Herrada E., B. Guadalupe Sánchez D, Maritoña Ramírez, P. Alejandro Cravioto. Estrella Cervantes. Diabetes Mellitus: Aspectos Modernos de problemática. Rev. Fac. Med. UNAM. 2007; 30 (3); 121-124.
- 9.- Bonifacio Sandín, Paloma Chorot. Cuestionario de Afrontamiento Familiar del estrés. Rev. Psic. Sicopatología clin. 2003; 8 (1): 39-54.
- 10.- Rosana Ruano Piera, Emilia Serra Desfilis. Estrategias de afrontamiento en familias adolescentes. Anales de Psicología. 200; 16(2); 199-206.
- 11.- Rosana Ruano Piera, Emilia Serra Desfilis. Estrategias de afrontamiento en

- familias adolescentes. *Anales de Psicología*. 200; 16(2); 199-206.
- 12.- Vicente Pelechado. Acerca del Afrontamiento y la enfermedades crónicas. Una reflexión ¿Fundada? Con alguna sugerencia. *Rev. Psicopat. Psic. Clin.* 2005; 10 (1):3-14.
- 13.- Vicente Pelechado. Acerca del Afrontamiento y la enfermedades crónicas. Una reflexión ¿Fundada? Con alguna sugerencia. *Rev. Psicopat. Psic. Clin.* 2005; 10 (1):3-14.
- 14.- Beatriz Rueda. Ana M. Pérez García. Competencia percibida, procesos de valoración y afrontamiento ante un supuesto problema cardiovascular. *Rev. Psicopatología y psic.* 2005; 10 (3): 193-204.
- 15.- Beatriz Rueda. Ana M. Pérez García. Personalidad y percepción de autoeficiencia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Rev. Psicopatología y Psic. Clin.* 2004; 9 (3): 205-219.
- 16.- Susan M. MacDaniel. Thomas L. Campbel. David B. Seaburn. Orientación familiar en atención primaria. Manual para Médicos de familia y otros profesionales de la salud. Editorial springer Verlag Ibérica.
- 17.- Susan M. MacDaniel. Thomas L. Campbel. David B. Seaburn. Orientación familiar en atención primaria. Manual para Médicos de familia y otros profesionales de la salud. Editorial springer Verlag Ibérica.
- 18.- Susan M. MacDaniel. Thomas L. Campbel. David B. Seaburn. Orientación familiar en atención primaria. Manual para Médicos de familia y otros profesionales de la salud. Editorial springer Verlag Ibérica.
- 19.- Criterios según la OMS. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1995; 854:1-452.

7. ANEXOS



“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”



NÚMERO DE FOLIO: _____

TURNO DEL PACIENTE: 1 () MATUTINO 2 () VESPERTINO

NÚMERO DE FILIACIÓN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: 1 () FEMENINO 2 () MASCULINO

PESO: _____ KGS. TALLA: _____ METROS

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: _____

OCUPACIÓN:

1 () EMPLEADO 2 () DESEMPLEADO

ESTADO CIVIL:

1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () VIUDO
4 () DIVORCIADO 5 () OTROS ESPECIFICAR: _____

RELIGION:

1 () CATÓLICO 2 () PENTECOSTES
3 () TESTIGO DE JEHOVÁ 4 () ADVENTISTA
5 () MORMÓN 6 () OTRO ESPECIFICAR _____

AÑOS COMO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: _____ AÑOS

ANTECEDENTE FAMILIAR DIABETES MELLITUS:

1 () SI 2 () NO

ESPECIFICAR QUIEN(ES): _____

NIVELES DE GLUCOSA SÉRICA: _____ mg/dl

CONTROL GLUCÉMICO:

1 () CONTROLADO(A) ≤ 140 mg/dl 2 () DESCONTROLADO(A) ≥ 141 mg/dl

SEDENTARISMO:

1 () SI 2 () NO

TABAQUISMO:

1 () POSITIVO 2 () NEGATIVO

AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA:

1 () FAMILIA QUE AFRONTA MUY BIEN LA ENFERMEDAD
2 () FAMILIA CON ALGUNAS DIFICULTADES PARA AFRONTAR LA ENFERMEDAD
3 () FAMILIA CON AFRONTAMIENTO INADECUADO

EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

INSTRUCCIONES

MARQUE CON X LA RESPUESTA QUE MÁS CORRESPONDA A USTED:

LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

A.- ACTÚAN CON EL PACIENTE ENFERMO EN FORMA:

0	1	2	1	0
INSENSIBLE		APOYÁNDOSE		INMOVILIZADORA

B.- RESPONDEN A LA REACCIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE AL RESPECTO A LA ENFERMEDAD CON UNA ACTITUD DE:

0	1	2	1	0
NEGACIÓN		EMPATÍA		SINTIÉNDOSE ABRUMADO

C.- RESPONDEN A LA INCAPACIDAD ESPECÍFICA DEL PACIENTE:

0	1	2	1	0
IGNORÁNDOLA		POTENCIANDO SU AUTONOMÍA		SOBREPROTEGIÉNDOLE

D.- SUS EXPECTATIVAS HACIA EL FUTURO SE AJUSTAN DE FORMA:

0	1	2	1	0
EXCESIVAMENTE OPTIMISTA		REALISTA Y ESPERANZADORA		PESIMISTA

E.- RESPONDEN A LA AYUDA EXTERNA:

0	1	2	1	0
RECHAZÁNDOLA		ACEPTÁNDOLA		DESARROLLANDO DEPENDENCIA

F.- RECLAMA LA ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y LOS OTROS MIEMBROS ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD DE FORMA:

0	1	2	1	0
PASIVA		ADECUADAMENTE ACERTIVA		EXIGENTE Y AGRESIVA

G.- RESPONDE A LAS NECESIDADES DE LOS DIFERENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA:

0	1	2	1	0
NEGANDO LAS NECESIDADES DEL PACIENTE		EQUILIBRANDO LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES		NEGANDO LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA

Susan M. MacDaniel. Thomas L. Campbell. David B. Seaburn. Orientación familiar en atención primaria. Manual para Médicos de familia y otros profesionales de la salud. Editorial Springer Verlag Ibérica.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.



ASPECTOS ÉTICOS:
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para la participación en el proyecto:

**“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA”**. El objetivo de este estudio es analizar aspectos relevantes sobre el Afrontamiento Familiar, se obtendrán datos de identificación personalizada, se aplicará el Test de Evaluación del Afrontamiento Familiar en la Enfermedad Crónica. Además se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a la aplicación de instrumentos de afrontamiento familiar. Por lo cual declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso al Sistema de Salud del IMSS. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi familia, y responderá a cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de lo que se llevará a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo