



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
GABRIEL MANCERA**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD
FAMILIAR PERCIBIDA POR LOS PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

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:

DRA. KARINA MAYTE VERDE VÁZQUEZ

ASESOR:

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

No. DE REGISTRO: R-2009-3609-13

MÉXICO, D.F.

2009



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.

**“EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD FAMILIAR PERCIBIDA
POR LOS PACIENTES PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

AUTORIZACIONES:

DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
“GABRIEL MANCERA” IMSS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 “SAN ANGEL”

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por todas las bendiciones que me ha dado, por darme el regalo de la vida y por siempre estar conmigo.

A MI AMADO ESPOSO: DR. GABINO ROJAS A.

Por su apoyo, comprensión y por darme fortaleza en los momentos difíciles y sobre todo por el amor que siempre me ha dado.

A MIS QUERIDOS PADRES: GRACIELA Y HUMBERTO

Por darme la herencia más valiosa que se le puede dar a un hijo: una profesión; gracias por su cariño y por apoyarme en todas las etapas de mi vida.

A MIS HERMANOS: FABIAN, CRHISTIAN Y TANYA

Por ser parte de mi familia y por el apoyo que siempre me han brindado.

A MI SOBRINA: FÁTIMA

Porque con su sonrisa e inocencia me da alegría en todo momento y hace que las cosas grandes parezcan pequeñas y las pequeñas grandes.

A MI ASESOR: DR. GILBERTO ESPINOZA A.

Por sus enseñanzas, la asesoría y el apoyo que siempre he recibido de él para la realización de esta tesis.

A MIS AMIGAS DE LA RESIDENCIA: NOEMI, MARIBEL, MIRIAM Y LAURA

Por su amistad sincera, por sus consejos y por su apoyo.

A LOS MÉDICOS

Por sus enseñanzas y por compartirme sus conocimientos en las clases, rotaciones y guardias, gracias por ser parte de mi formación académica en esta especialidad.

ÍNDICE

	PÁGINAS
RESUMEN	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICO	12
HIPÓTESIS	13
MATERIAL Y MÉTODOS	14
TIPO DE ESTUDIO	14
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15
POBLACIÓN	16
MUESTRA	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	18
VARIABLES	19
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	19
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES	22
DISEÑO ESTADÍSTICO	23
INSTRUMENTOS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	25
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FÍSICOS	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	47

EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR PERCIBIDA POR LOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

AUTOR: Dra. Karina Mayte Verde Vázquez.

OBJETIVO: evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los pacientes diabéticos tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, descriptivo. Se aplicó el cuestionario FACES III a 139 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y 139 derechohabientes sanos y se compararon los resultados. Criterios de inclusión: diabéticos tipo 2, ambos sexos, alfabetas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS: en la cohesión el nivel más frecuente fue la conectada con 40.3% en los pacientes diabéticos y 41% en los derechohabientes sanos. En la adaptabilidad el nivel más frecuente fue la caótica con 43.1% y 41.7% respectivamente. La familia más frecuente en el rango balanceado fue la flexible conectada con 12.2% y 13.7%; en el rango medio, la caótica conectada con 15.8% y 21.6%; en el rango extremo, la caótica aglutinada con 18% y 10.8%. Las familias en rango medio, fueron el tipo de familia más frecuente tanto en los pacientes con DM como en los derechohabientes sanos con 44.6% y 46%, las familias en rango extremo fueron las menos frecuentes en ambos grupos con 24.5% y 16.5%.

CONCLUSIONES: los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar más frecuentes son los mismos para ambos grupos, predominando así la cohesión conectada y la adaptabilidad caótica, lo que coincide con otros estudios similares.

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus tipo 2, cohesión y adaptabilidad familiar.

MARCO TEÓRICO

Definición

Diabetes mellitus: enfermedad sistémica, crónico degenerativa, 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 el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.¹

Epidemiología

En 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo, sin embargo el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo.²

El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México (7.7-12.3%). En México en 1922 el 11.8% de las defunciones correspondían a enfermedades crónico-degenerativas, en 1955 llegaron al 55%. Entre las enfermedades crónico-degenerativas, la diabetes mellitus (DM) muestra el ascenso más importante en los últimos años; en 1922 se registraron 368 defunciones por esta causa, en 1992 se observaron más de 29,000 fallecimientos y ocupó el 4to lugar de mortalidad.³

Las cifras mundiales de la DM tipo 2 oscilan entre 5% y 7% que corresponderán a 300 millones en el 2005. En México, en la última Encuesta Nacional de enfermedades crónicas de la Secretaría de Salud y la ENSA (Encuesta Nacional en Salud) 2002, se informó una prevalencia de 10.8%.⁴

La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en las instituciones públicas y privadas, y uno de los principales motivos para la hospitalización. La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general.⁵

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán de la Secretaría de Salud, registró a la DM como la responsable del 26% de los egresos; mientras que en el Hospital General Manuel Gea González de la Secretaría y el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, la identificaron como responsable de 33% y 20 % de los egresos respectivamente. La mortalidad de DM en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 000 habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludable

perdidos. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la diabetes fue responsable de 5% de las consultas de Medicina Familiar durante el 2002, genero 62 745 egresos, lo que representa 3% del total de los egresos y provoco 17 042 defunciones, equivalente al 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 2do lugar y es responsable del 15% de las defunciones.⁶

Factores de riesgo⁷

No modificables: ascendencia hispánica, edad igual o mayor a 45 años, antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos), antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer $\geq 4\text{kg}$.

Modificables: son en los que más se logra incidir, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien retarde su aparición y se modifique la evolución hacia complicaciones micro y macrovasculares, se mencionan los siguientes: sobrepeso, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, manejo inadecuado del estrés, hábitos inadecuados de alimentación, estilo de vida contrario a su salud, índice de masa corporal (IMC) ≥ 27 en hombres y 25 en mujeres, índice cintura-cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres, presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg, triglicéridos ≥ 150 mg/dl.

Clasificación de la Diabetes mellitus:⁸

Clasificación de la diabetes mellitus, Asociación Americana de Diabetes 1997.

I. Diabetes tipo 1 (destrucción de la célula β , llevando usualmente a deficiencia absoluta de insulina).

- A. Mediada inmunológicamente.
- B. Idiopática.

II. Diabetes tipo 2. (puede caracterizarse desde predominantemente resistencia a la insulina con deficiencia relativa de insulina a un defecto secretor con resistencia a la insulina).

III. Otros tipos específicos

- A. Defectos genéticos de disfunción de la célula β .
- B. Defectos genéticos de la acción de insulina.
- C. Enfermedades del páncreas exógeno.
- D. Endocrinopatías.
- E. Medicamentosa o inducida por agentes químicos.
- F. Infecciones.
- H. Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes.

IV. Diabetes mellitus gestacional.

Diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2:⁹

Los médicos deben confirmar el diagnóstico con exámenes de laboratorio cuando un paciente presente síntomas compatibles con diabetes mellitus tipo 2 (poliuria, polidipsia y pérdida de peso), o con evidencia de posibles complicaciones (problemas visuales, retinopatía, impotencia, insuficiencia renal, neuropatía periférica, acantosis nigricans o infecciones frecuentes), o con elevación incidental de los niveles de glucosa sanguínea (≥ 126 mg/dL en obesos, ó ≥ 200 mg/dL en no obesos).

Criterios para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2:¹⁰

- Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicable). Se considera prueba casual cuando se lleva a cabo a cualquier hora del día, sin considerar el tiempo transcurrido a partir del último alimento.
- Glucemia en ayunas (al menos durante 8 horas) ≥ 126 mg/dL.
- Glucemia ≥ 200 mg/dL a las 2 hrs. de una carga oral con 75 grs. de glucosa.

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

Tratamiento no farmacológico:

Plan alimentario: ayuda a mantener los niveles de glucosa en un rango normal para prevenir o reducir el riesgo de presentar las complicaciones de la enfermedad; permite mantener el perfil de lípidos y lipoproteínas en cifras óptimas para reducir el riesgo para enfermedad macrovascular.

Ejercicio físico: mejora la sensibilidad a la insulina y ayuda a disminuir los niveles elevados de glucosa dentro de un rango normal.¹¹

Tratamiento farmacológico:

Paciente diabético no obeso ($IMC \leq 27$): las **sulfonilureas** son los fármacos de primera línea cuando no se logran las metas del tratamiento no farmacológico; su principal mecanismo de acción es reforzar la secreción de la insulina; están contraindicadas en pacientes con diabetes tipo 1, durante el embarazo y la lactancia, ante complicaciones agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar) y en pacientes alérgicos a las sulfas. **Paciente diabético obeso ($IMC > 27$):** las **biguanidas** son los fármacos de primera línea para el tratamiento del paciente obeso, la metformina es una biguanida que disminuye los niveles de glucosa plasmática y los niveles de triglicéridos y colesterol; trabaja reduciendo la producción basal de glucosa hepática y reforzando la sensibilidad a la insulina en el músculo. **Inhibidores de alfa-glucosidasa:** la acarbosa está indicada en pacientes mayores de 60 años con diabetes de reciente inicio y descontrol leve (glucemia entre 126 y 140 mg/dL); el principal efecto del medicamento es la disminución de los niveles de la glucosa posprandial al interferir con la digestión de carbohidratos y retrasando la absorción de la glucosa. **Insulina:** es el medicamento de elección ante la falla de las dosis máximas de hipoglucemiantes orales.¹²

FAMILIA

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.¹³

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.¹⁴

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.¹⁵

En el caso de la enfermedad crónica que amenaza la vida del paciente, éste y su familia sufren un desequilibrio ya que el primero se da cuenta de que puede fallecer y la familia se enfrenta a la posibilidad de perder a uno de sus miembros, esta situación produce crisis, cambios en la jerarquía, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares, de manera que habrá reestructuraciones dentro de la dinámica familiar, con la consecuente repercusión en su organización y su funcionamiento, todos necesitarán cumplir con tareas especiales y requerirán de diferentes estrategias para su más adecuado enfrentamiento y asimilación. El individuo y la familia deben integrar de manera lenta el diagnóstico, su significado, curso y desenlace, por lo general, la familia puede responder con un cambio temporal en sus patrones de comunicación o bien sus patrones de interacción pueden volverse rígidos y perder espontaneidad, quizá los miembros de la familia se tornen menos productivos y creativos de manera temporal, al mismo tiempo que se alejan de sus contactos sociales.¹⁶

Importancia de la cohesión y adaptabilidad familiar en el Tx de un paciente portador de diabetes mellitus tipo 2.

Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente

más que de cualquier otra. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.¹⁷

La salud-competencia-familiar, determina el apoyo a la persona con diabetes para resolver las consecuencias emocionales generadas por la enfermedad. La salud-competencia-familiar tiene varios indicadores: manejo del conflicto, cohesión, manejo del liderazgo, expresividad afectiva.¹⁸

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente diabético crónico en general y del diabético en particular puesto que es la red social más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, a mantener conductas de salud, así como para procurar información, asistencia y aliento durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente diabético.¹⁹

FACES III

A finales de los sesentas Olson y colaboradores desarrollaron FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) para hacer operativas dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con las familias.²⁰

Es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la clasificación de las familias de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. El análisis estadístico de FACES III permite considerar a la versión en español como un test con alto nivel de confiabilidad.²¹

Es un instrumento de autoevaluación, no mide directamente la funcionalidad de las familias sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar 3 categorías: balanceadas, en rango medio y extremas.²²

Cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.²³

La **cohesión familiar** está definida como el vínculo emocional que los miembros de la familia desarrollan entre sí. Tiene 2 componentes, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar; implica los factores de ligas afectivas, fronteras, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.

La **adaptabilidad familiar**, se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas de la relación en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol, y reglas de la relación.²⁴

Dentro del modelo Circunflejo, hay cuatro niveles de cohesión familiar, escalonados desde el extremo de la baja cohesión hasta el de la alta: **desligada, separada, conectada y aglutinada**. Los dos niveles moderados o balanceados de la cohesión han sido denominados separados y conectados.

Hay también cuatro niveles de adaptabilidad familiar desde la baja a la extremadamente alta: **rígida, estructurada, flexible y caótica**. Los dos niveles de adaptabilidad moderados o balanceados han sido denominados estructurados y flexibles.

Para cada dimensión, los niveles balanceados y moderados se consideran la sede probable del funcionamiento normal, y las áreas extremas seguramente contienen familias más patológicas (disfuncionales).

Combinando los cuatro niveles en cada una de las dos dimensiones se obtienen 16 subtipos de sistemas familiares. Cuatro de ellos son moderados (tipos balanceados), ocho tipos son extremos en una dimensión y moderados en otra (tipos de rango medio) y cuatro son extremos en ambas dimensiones (tipos extremos). El FACES III facilita al investigador o al clínico ubicar a los miembros individuales de una familia o a los grupos familiares dentro del modelo Circunflejo. El FACES III está diseñado de tal manera que puede determinar cómo ve actualmente cada miembro a su familia (percibida) y cómo desearía verla (ideal). La discrepancia entre percibida e ideal evalúa el nivel de satisfacción individual con el sistema familiar actual.

Las preguntas pueden ser administradas a través de formularios autoadministrados, o efectuarse individualmente o en grupos pequeños, o en grupos mayores. Se les solicita a los encuestados que lean cada ítem y decidan cuán frecuentemente se da en su familia esa conducta. Luego se obtiene el puntaje sumando los ítems de la siguiente manera:

- a. El puntaje de cohesión, es la suma de todos los ítems impares.
 - b. El puntaje de adaptabilidad, es la suma de todos los ítems pares.
- Se traslada el puntaje obtenido al ploting.

En el FACES III, distintos factores son explorados por ítems distintos:

En cohesión familiar:

- a) Unión emocional: 11, 19.
- b) Apoyo o soporte: 1, 17.
- c) Límites familiares: 5,7
- d) Tiempo y amigos: 3, 9.
- e) Interés y recreación: 13,15

En adaptabilidad familiar:

- a) liderazgo: 6, 18.
- b) Control: 2, 12.
- c) Disciplina: 4,10
- d) Roles y reglas: 8, 14, 16, 20.²⁵

Amplitud de clase:

COHESIÓN

10-34	Desligada
35-40	Separada
41-45	Conectada
46-50	Aglutinada

ADAPTABILIDAD

10-19	Rígida
20-24	Estructurada
25-28	Flexible
29-50	Caótica

La atención médica familiar, requiera del estudio de la estructura y funcionamiento de la familia. El análisis estructural implica, entre otros elementos, la identificación de las características de sus miembros, roles, relaciones afectivas, alianzas, enfermedades y la etapa del ciclo de la vida familiar. Este análisis puede lograrse mediante el uso de varios instrumentos incluyendo al genograma, el cual se ha constituido en una herramienta ampliamente difundida para registrar información sobre la estructura de la familia.²⁶

El estudio clínico y sistemático de la familia, ha permitido la identificación de sus funciones básicas y el desarrollo de múltiples modelos que han dado origen a instrumentos cuya finalidad ha sido la evaluación de la familia como un todo. Algunos de estos instrumentos han sido diseñados para la evaluación diagnóstica, otros para identificar el efecto de la intervención terapéutica, o para tratar de dar validez a alguna teoría en especial. El uso de instrumentos para la evolución de las familias requiere de un minucioso análisis que permita la identificación de sus características, ventajas y limitaciones, con el propósito de valorar sus posibilidades de uso en la práctica médica familiar.²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la enfermedad crónica la vida del paciente se ve amenazada, por lo que éste y su familia sufren un desequilibrio; el paciente se enfrenta ahora a la tarea de adaptarse al malestar, dolor, y pérdida del control físico así como cambios en su apariencia. La familia tendrá que convivir con esto y con los sentimientos de impotencia, coraje, culpa y temor tanto del paciente como de ellos mismos, además, deberá adaptarse ante todos los posible cambios que surgirán para mantener la organización familiar lo mas viable y funcional posible. Siendo la diabetes mellitus una de las patologías crónicas de mayor trascendencia epidemiológica, es de gran importancia que se formulé la siguiente interrogante:

¿Cómo es la cohesión y adaptabilidad familiar de las familias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

JUSTIFICACIÓN

Se realizó el presente estudio debido a la importancia epidemiológica que representa la diabetes mellitus tipo 2 en México, sobretodo en el ámbito social, económico y médico. Dada la alta prevalencia, cronicidad y complicaciones severas y discapacitantes, debe verse como una prioridad evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes con diabetes, ya que como se reporta en algunos estudios, el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente diabético, y la familia constituye el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, conductas adecuadas de salud, asistencia y aliento durante la enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF 28.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 y en derechohabientes sanos.
- Clasificar a las familias de los pacientes diabéticos en alguna de las 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.
- Identificar a las familias de los pacientes diabéticos con mayor riesgo de disfunción familiar (familias en rangos extremos de cohesión y adaptabilidad familiar).

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA:

Las familias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen más prevalencia de presentar niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar en comparación con derechohabientes sanos.

HIPÓTESIS NULA:

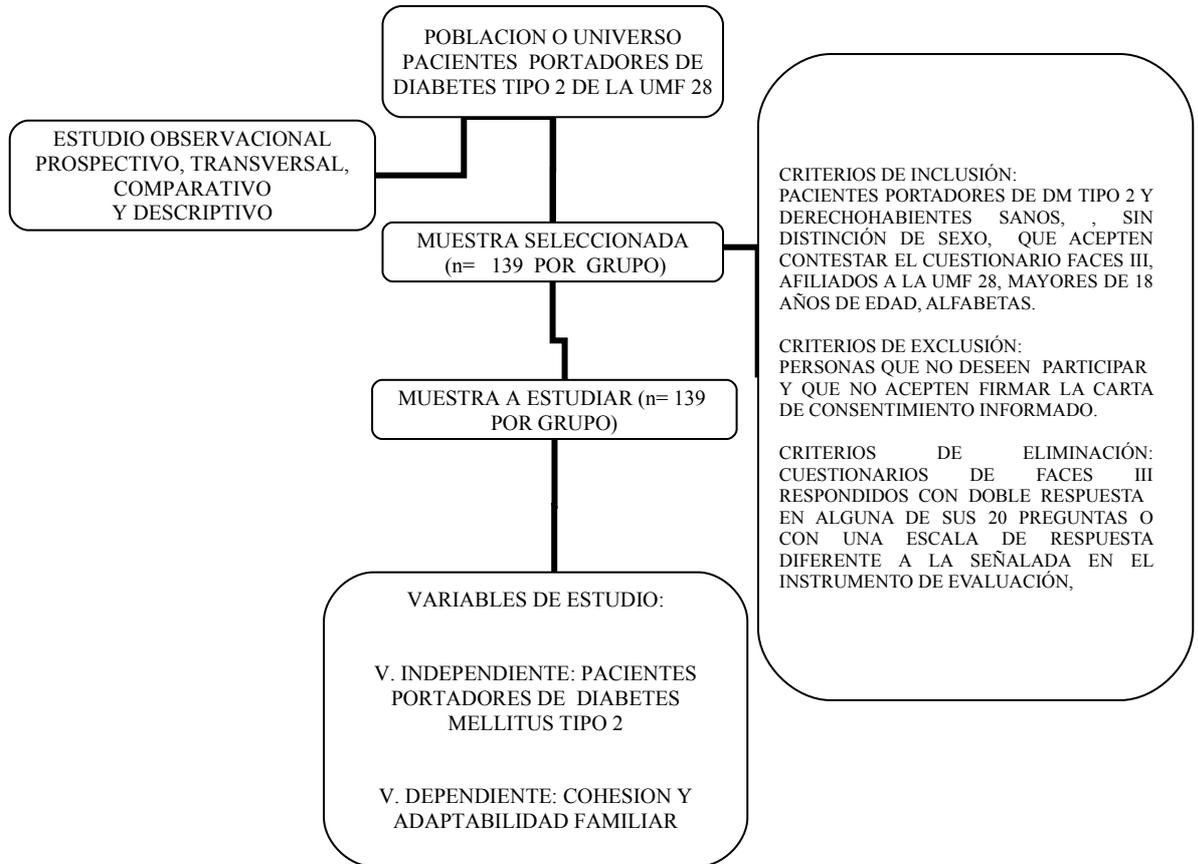
Las familias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no tienen más prevalencia de presentar niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar en comparación con derechohabientes sanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

- a) Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **prospectivo**.
- b) Según el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **transversal**.
- c) Según la intención comparativa (estadística) de los resultados del grupo o grupos estudiados: **comparativo**.
- d) Según el control de la variable o el análisis y alcance de los resultados: **descriptivo**.
- e) De acuerdo con la inferencia del investigador en cuanto al fenómeno que se estudia: **observacional**.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



POBLACIÓN

POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en pacientes y derechohabientes sanos de la Unidad de Medicina Familiar No.28, IMSS.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en la UMF No. 28, la cual se encuentra ubicada en la Col. Del Valle, D.F., México, del mes de Abril 2008 a Agosto 2008.

MUESTRA

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

El tamaño de la muestra se calculó de forma probabilística, con base a su prevalencia, para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, evitando así sesgos por cálculo de tamaño de muestra.

TAMAÑO DE MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo para una variable dicotómica, requirió 139 pacientes por grupo, con un intervalo de confianza de 96%, con una proporción de 0.10, con una amplitud de intervalo de confianza de 0.10.

El muestreo se realizó al azar.

DEFINICIÓN DE CONCEPTO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En donde:

N = Número total de individuos requeridos.

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P = Proporción esperada.

(1 -P) = Nivel de confianza.

W = Amplitud del intervalo de confianza.

FORMULA PARA CALCULAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

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

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes portadores de DM tipo 2 y derechohabientes sanos, sin distinción de sexo, mayores de 18 años de edad, alfabetas y que aceptaron contestar el cuestionario de Faces III, afiliados a la UMF No. 28.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes y derechohabientes que no deseaban participar y que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Cuestionarios de Faces III respondidos con doble respuesta en alguna de sus 20 preguntas o con una escala diferente a la señalada en el instrumento de evaluación.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.

VARIABLE DEPENDIENTE: cohesión y adaptabilidad familiar.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

DIABETES MELLITUS TIPO 2: enfermedad sistémica, crónica 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 resistencia a la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

COHESIÓN FAMILIAR: vinculación emocional entre los miembros de una familia, incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido; evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Se subdivide en 4 niveles:

DESLIGADA

- Extrema separación emocional.
- Falta de lealtad familiar.
- Se da muy poco involucramiento o interacción de sus miembros.
- La correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros.
- Hay falta de cercanía parento-filial.
- Predomina la separación personal.
- Rara vez se pasa el tiempo juntos.
- Necesidad y preferencia por espacios separados.
- Se toman las decisiones independientemente.
- El interés se localiza fuera de la familia.
- Los amigos personales son vistos a solas.
- Existen intereses desiguales.
- La recreación se lleva a cabo individualmente.

SEPARADA

- Hay separación emocional.
- La lealtad familiar es ocasional.
- El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal.
- Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva.
- Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.

- Se alienta cierta separación personal.
- El tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos.
- Se prefieren los espacios separados compartiendo el espacio familiar.
- Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos personales raramente son compartidos.

CONECTADA

- Hay cercanía emocional.
- La lealtad familiar es esperada.
- Se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal.
- Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial.
- La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- El tiempo que se pasa juntos es importante.
- El espacio privado es respetado.
- Se prefieren las decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Los amigos individuales se comparten con la familia.
- Se prefieren los intereses comunes.
- Se prefiere la recreación compartida que la individual.

AGLUTINADA

- Cercanía emocional extrema.
- Se demanda lealtad hacia la familia.
- Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva.
- Hay falta de límites generacionales.
- Hay extrema reactividad emocional.
- Se dan coaliciones parento-filiales.
- Hay falta de separación personal.
- La mayor parte del tiempo se pasa juntos.
- Se permite poco tiempo y espacio privado.
- Las decisiones están sujetas al deseo de grupo.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Se prefieren los amigos de la familia personales.
- Los intereses conjuntos se dan por mandato.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR: habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas de la relación en función de las demandas situacionales o de desarrollo, es decir con el grado en que la familia es flexible y capaz de cambiar. Se subdivide en 4 niveles:

RÍGIDA

- El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental.
- La disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa.
- Es autocrática.
- Los padres imponen las decisiones.
- Los roles están estrictamente definidos.
- Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

ESTRUCTURADA

- En principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias.
- Es un tanto democrática.
- Los padres toman las decisiones.
- Los roles son estables pero pueden compartirse.
- Las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

FLEXIBLE

- El liderazgo es igualitario, permite cambios.
- La disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias.
- Usualmente es democrática.
- Hay acuerdo en las decisiones.
- Se comparten los roles.
- Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad
- Algunas reglas cambian.

CAÓTICA

- Liderazgo limitado y/o ineficaz.
- La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias
- Las decisiones parentales son impulsivas
- Hay falta de claridad en los roles. Existe alternancia e inversión en los mismos.
- Frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
COHESIÓN FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1= DESLIGADA 2= SEPARADA 3=CONECTADA 4=AGLUTINADA
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1= RÍGIDA 2= ESTRUCTURADA 3= FLEXIBLE 4= CAÓTICA

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, turno, consultorio, filiación, nombre, edad, estado civil y ocupación del paciente, integrantes de la familia; además se agregaron datos de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación familiar. El constructo se encuentra en anexos.

MÉTODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó de forma aleatoria una entrevista individual a los pacientes diabéticos que asistían a consulta o por algún otro motivo de forma ordinaria en la unidad de estudio correspondiente, así como también se realizó una entrevista a los derechohabientes afiliados a la unidad. Se dió un tiempo de 20 minutos para la realización del instrumento de evaluación familiar y para el llenado de los datos de identificación y de la enfermedad.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

El instrumento de evaluación familiar se aplicó de forma individual. Es importante recordar que las respuestas no requerían aceptar ayuda de otras personas. No se mencionó lo que se obtendría como resultado al inicio de la aplicación del test. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los pacientes fueron informados de que no necesitaban responder a una pregunta que no quisieran o no supieran contestar. El examinador no discutió ninguna pregunta con el paciente, explicando que debería ser él quien debería buscar sus percepciones u opiniones. Si el paciente preguntaba el significado de una palabra, si era posible se le daba la definición del cuestionario. El examinador revisó cada prueba, para asegurarse de que sólo una de las respuestas alternativas había sido señalada para cada pregunta.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto el residente de Medicina Familiar cumplió las funciones mismas de investigador, aplicador de cuestionarios y recolector de datos. Además hubo la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación del asesor clínico. Para la realización de esta investigación se utilizó una computadora LAPTOP , disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación familiar y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general fueron absorbidos por el residente de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio obedece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki de 1964), por lo cual se le solicitó a cada individuo que participó de forma voluntaria en la investigación firmaran una carta de consentimiento informado. Además el estudio cumple con los reglamentos institucionales de acuerdo al manual de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, expedida por la Secretaría de Salud en el año 1987 en su título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1; se considera investigación sin riesgo, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental observacional en el que no se realizó ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

RESULTADOS

En los pacientes diabéticos la frecuencia en relación al género fue de 90 (64.7%) mujeres y 49 (35.3%) hombres; en los derechohabientes sanos se registró una frecuencia de 111 (79.9%) mujeres y 28 (20.1%) hombres.

En relación a la edad en los pacientes con DM el promedio fue de 65.9 años, con una edad mínima de 32 años y una edad máxima de 88 años, en los derechohabientes sanos la edad promedio fue de 41.3 años de edad, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 84 años de edad.

El estado civil más frecuente registrado en los pacientes con DM y también en los derechohabientes sanos fue el casado con una frecuencia de 72 (51.8%) y 80 (57.6%) respectivamente, seguidos de viudo con una frecuencia 34 (24.5%) para los pacientes con DM y de soltero con una frecuencia de 25 (18%) en los derechohabientes sanos, esto en relación tal vez a que en el primer grupo los conyuges y el mismo paciente al pertenecer a un grupo generalmente de mayor edad tiene mayor riesgo de fallecer por alguna enfermedad crónica degenerativa, en comparación con el grupo de derechohabientes en quienes además por ser un grupo con un promedio de edad más joven es más frecuente que se encuentren todavía solteros.

En los pacientes con DM y en los derechohabientes sanos dedicarse el hogar es la ocupación más frecuente con una frecuencia de 60 (43.2%) y 34 (24.5%), pero en este caso es importante mencionar que el género femenino presentó mayor frecuencia en ambos grupos, por lo que probablemente esta ocupación es más frecuente por este motivo.

El nivel de escolaridad que se registró con mayor frecuencia en los pacientes con DM es la primaria con 55 (39.6 %) y en menor frecuencia la licenciatura con 24 (17.3%); en comparación con los derechohabientes sanos, donde la licenciatura es la que se presenta en mayor frecuencia con 66 (47.5%) y en menor frecuencia la primaria con 3 (2.2%).

Tomando como base el peso y talla de cada uno de los pacientes con DM, se procedió a calcular el índice de masa corporal y con base a los resultados y según la clasificación de la OMS se obtuvieron los siguientes resultados: con mayor frecuencia el sobrepeso con 67(48.2%), sucesivamente la obesidad en sus diferentes grados con una frecuencia de 40 (28.7%) y peso normal con una frecuencia de 32 (23%).

Con respecto al tratamiento no farmacológico, sólo 41 (29.5%) pacientes llevan a cabo dieta y ejercicio como parte de su tratamiento para el control de la diabetes mellitus, 35 (25.2%) pacientes llevan a cabo sólo la dieta hipocalórica y 29 (20.9%) hacen ejercicio; 34(24.5%) pacientes no llevan a cabo ninguna medida higiénico-dietética.

Se observó que la glibenclamida es el fármaco más frecuentemente administrado con una frecuencia de 28 (20.1%), seguido de la metformina con una frecuencia de 23 (16.5%); el tratamiento farmacológico combinado más frecuente fue metformina y glibenclamida; el tratamiento con insulina registró una frecuencia de 23 (16.5%).

De los 139 pacientes diabéticos, sólo 5 pacientes (3.6%) están integrados al grupo de ayuda mutua para pacientes diabéticos de la UMF 28, el cual es coordinado por las trabajadoras sociales de la unidad; 134 pacientes (96.4%) no están integrados al grupo.

De acuerdo a la última clasificación de la familia con base en el parentesco, el tipo de familia más frecuente en los pacientes con DM y en los derechohabientes sanos fue la nuclear simple con una frecuencia de 63(45.3%) y 90 (64.8%), seguida de la familia monoparental con 31 (22.3%) y 23 (16.5%).

En la cohesión el nivel más frecuente fue el de tipo conectada con una frecuencia de 56 (40.3%) en los pacientes diabéticos y 57 (41%) en los derechohabientes sanos; el nivel menos frecuente fue la desligada con una frecuencia de 20 (14.4%) y 14 (10%).

En la adaptabilidad el nivel más frecuente fue el de tipo caótica con una frecuencia de 60 (43.1%) en los pacientes diabéticos y 58 (41.7%) en los derechohabientes sanos; el nivel menos frecuente fue la rígida con una frecuencia de 16 (11.5%) y 11 (7.9%).

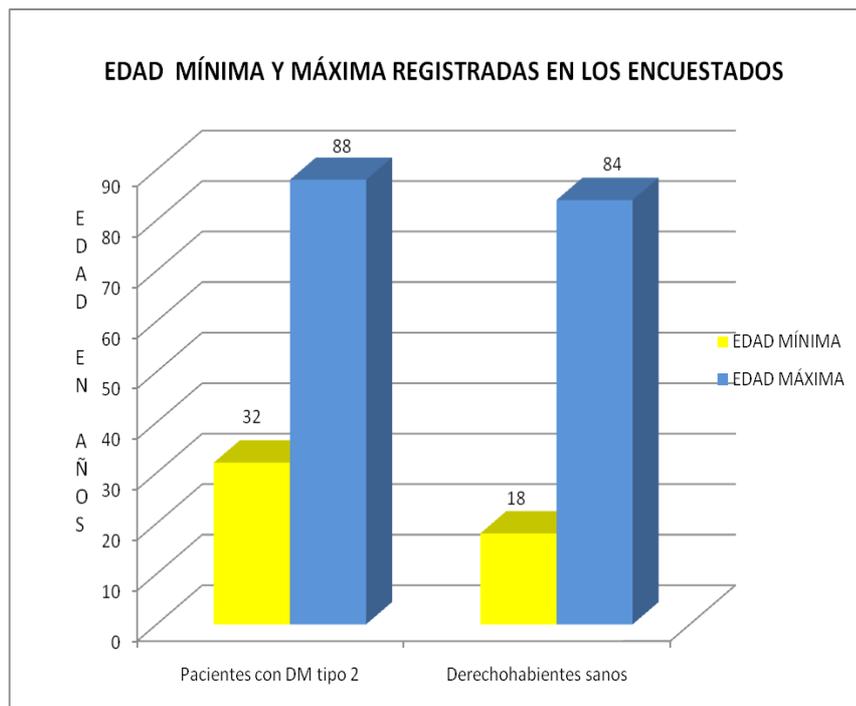
Combinando los cuatro niveles en cada una de las dos dimensiones se obtienen 16 subtipos de sistemas familiares. El tipo de familia más frecuente en el rango balanceado fue la flexible conectada con una frecuencia de 17 (12.2%) en los pacientes con DM y 19 (13.7%) en los derechohabientes sanos. En el rango medio el tipo de familia más frecuente fue la caótica conectada para ambos grupos con una frecuencia de 22 (15.8%) y 30 (21.6%). En el rango extremo el tipo de familia más frecuente fue la caótica aglutinada con una frecuencia de 25 (18%) y 15 (10.8%).

Las familias en rango medio, fueron el tipo de familia más frecuente tanto en los pacientes con DM como en los derechohabientes sanos con una frecuencia de 62 (44.6%) y 64 (46%), las familias en rango extremo fueron las menos frecuentes en ambos grupos con una frecuencia de 34 (24.5%) y 23 (16.5) respectivamente.

TABLAS Y GRÁFICAS

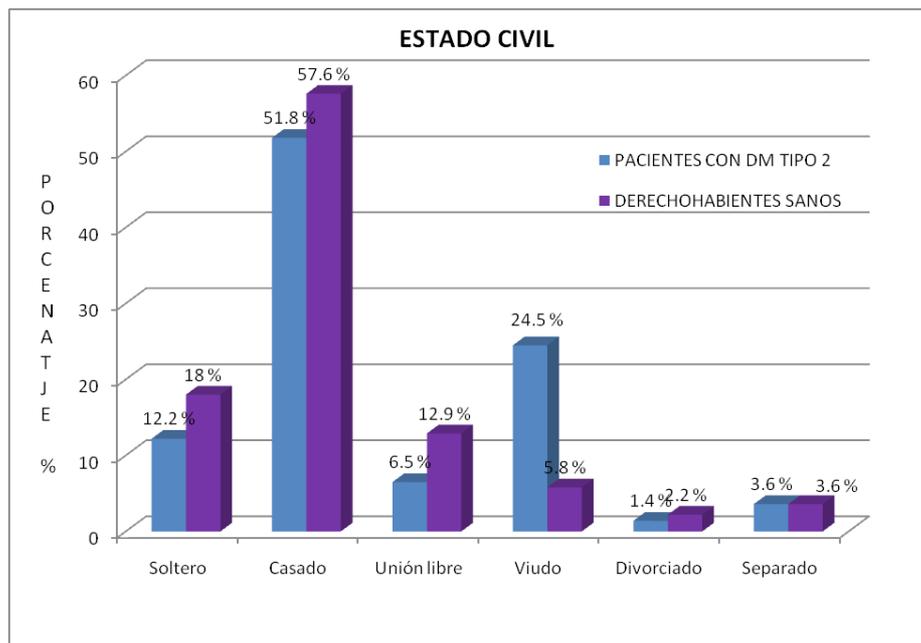
EDAD

Edad (años)	Pacientes con DM	Derechohabientes sanos
Mínima	32	18
Máxima	88	84
Promedio de edad	65.9	41.3



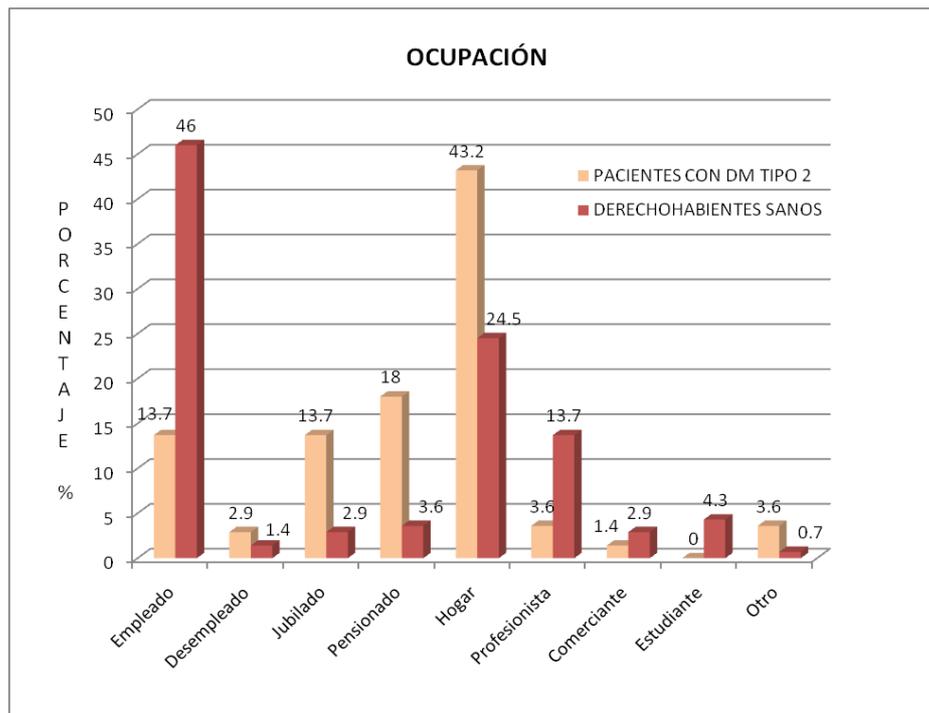
ESTADO CIVIL

Estado civil	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero	17	12.2	25	18
Casado	72	51.8	80	57.6
Unión libre	9	6.5	18	12.9
Viudo	34	24.5	8	5.8
Divorciado	2	1.4	3	2.2
Separado	5	3.6	5	3.6



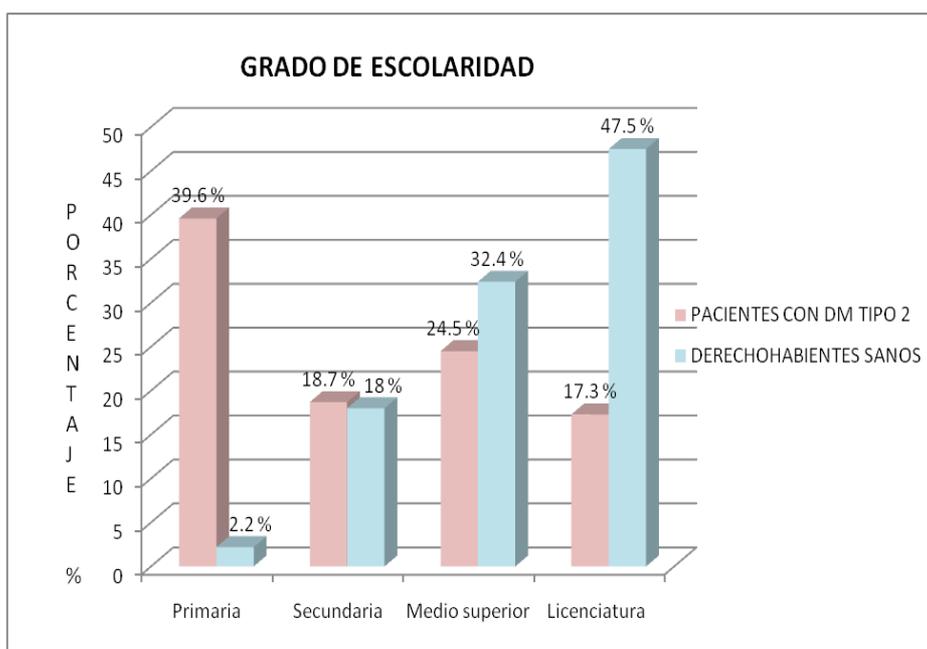
OCUPACIÓN

Ocupación	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Empleado	19	13.7	64	46
Desempleado	4	2.9	2	1.4
Jubilado	19	13.7	4	2.9
Pensionado	25	18	5	3.6
Hogar	60	43.2	34	24.5
Profesionista	5	3.6	19	13.7
Comerciante	2	1.4	4	2.9
Estudiante	0	0	6	4.3
Otro	5	3.6	1	0.7



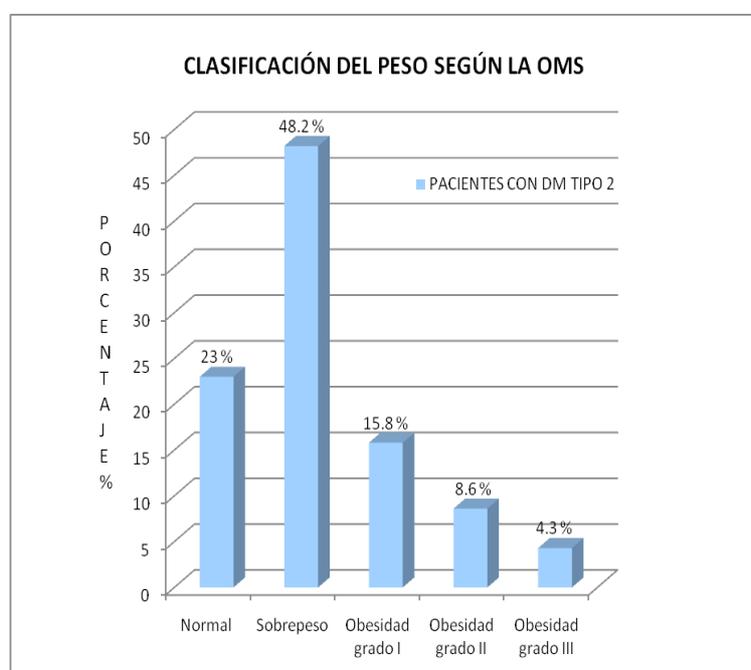
GRADO DE ESCOLARIDAD

Escolaridad	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Primaria	55	39.6	3	2.2
Secundaria	26	18.7	25	18
Medio superior	34	24.5	45	32.4
Licenciatura	24	17.3	66	47.5



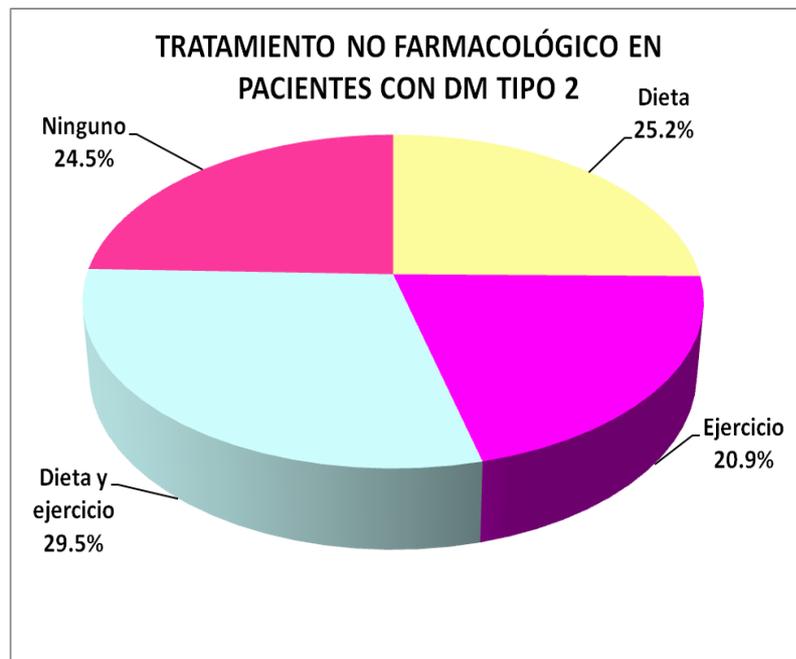
CLASIFICACIÓN DEL PESO

IMC según la OMS	Frecuencia	Porcentaje %
Normal	32	23
Sobrepeso	67	48.2
Obesidad grado I	22	15.8
Obesidad grado II	12	8.6
Obesidad grado III	6	4.3



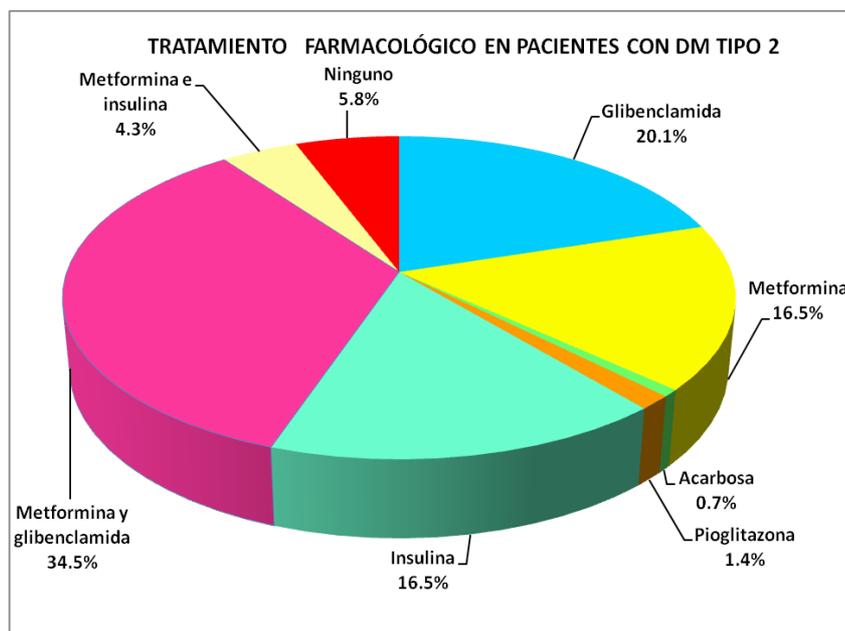
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Tx. No farmacológico	Frecuencia	Porcentaje %
Dieta	35	25.2
Ejercicio	29	20.9
Dieta y ejercicio	41	29.5
Ninguno	34	24.5



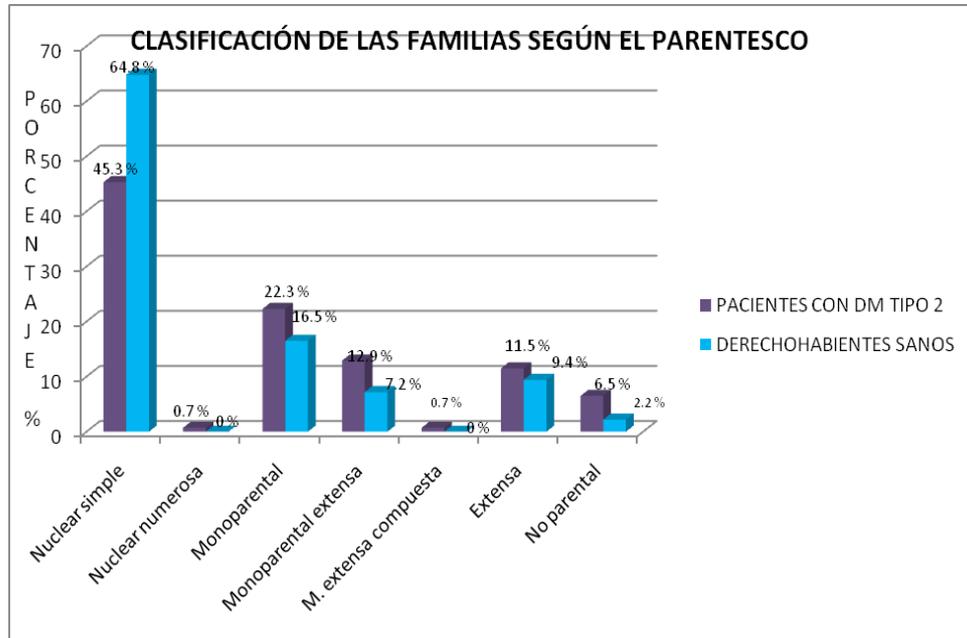
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tx. Farmacológico	Frecuencia	Porcentaje %
Glibenclamida	28	20.1
Metformina	23	16.5
Acarbosa	1	0.7
Pioglitazona	2	1.4
Insulina	23	16.5
Metformina y glibenclamida	48	34.5
Metformina e insulina	6	4.3
Ninguno	8	5.8



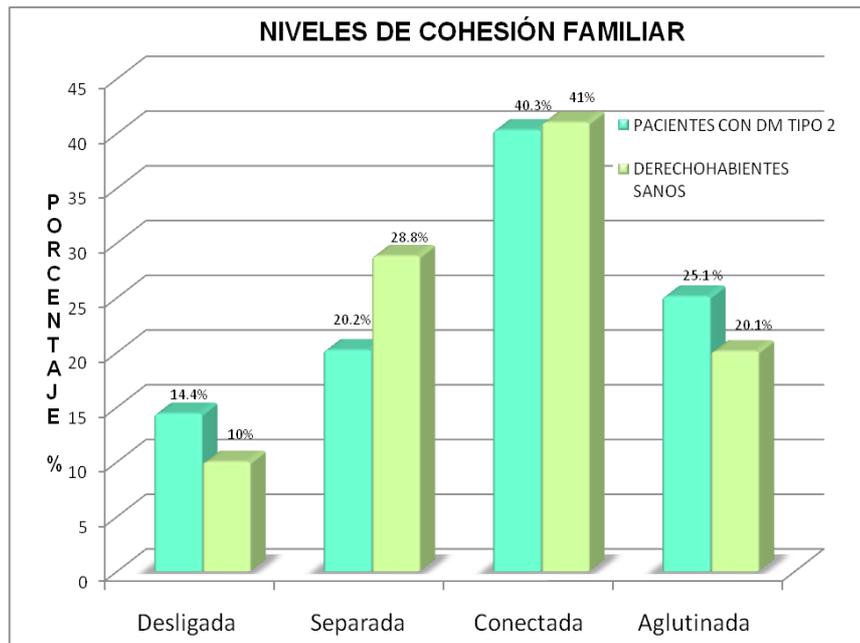
TIPO DE FAMILIA SEGÚN EL PARENTESCO

Familia	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Nuclear simple	63	45.3	90	64.8
Nuclear numerosa	1	0.7	0	0
Monoparental	31	22.3	23	16.5
Monoparental extensa	18	12.9	10	7.2
M. extensa compuesta	1	0.7	0	0
Extensa	16	11.5	13	9.4
No parental	9	6.5	3	2.2



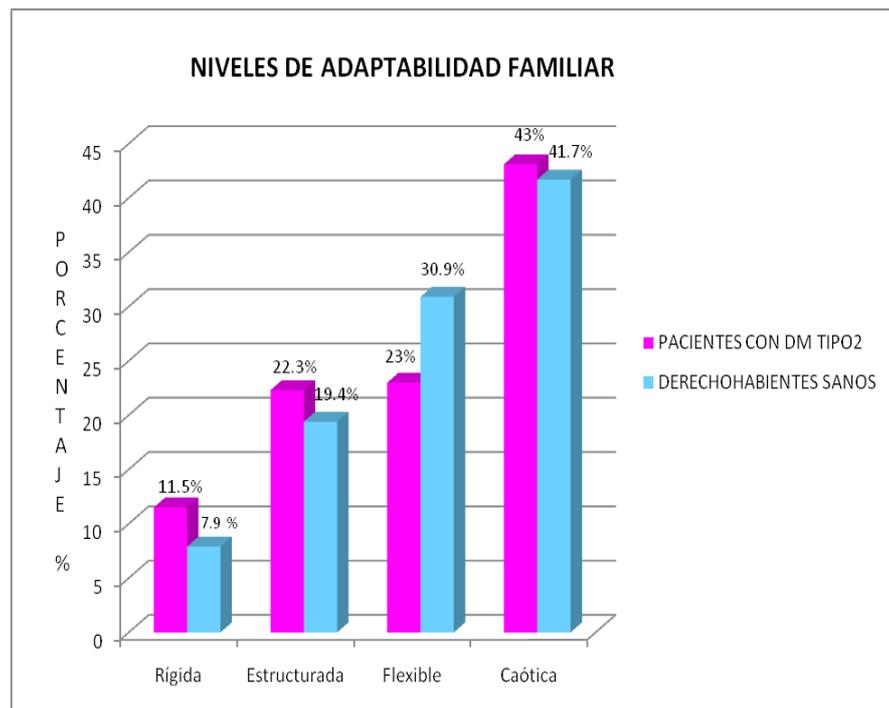
NIVELES DE COHESIÓN FAMILIAR

Cohesión	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Desligada	20	14.4	14	10
Separada	28	20.2	40	28.8
Conectada	56	40.3	57	41
Aglutinada	35	25.1	28	20.1



NIVELES DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Adaptabilidad	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Rígida	16	11.5	11	7.9
Estructurada	31	22.3	27	19.4
Flexible	32	23	43	30.9
Caótica	60	43.1	58	41.7

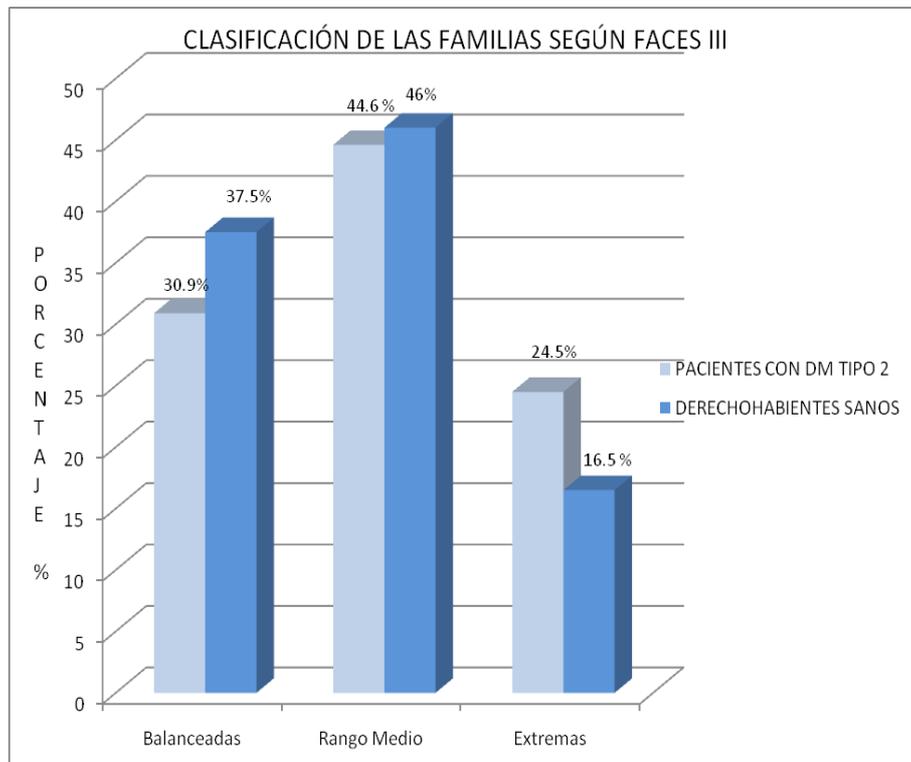


FAMILIAS SEGÚN FACES III (MODELO CIRCUNFLEJO)

Familia	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Rango balanceado				
Flexible separada	5	3.6	15	10.8
Flexible conectada	17	12.2	19	13.7
Estructurada separada	9	6.5	10	7.2
Estructura conectada	12	8.6	8	5.8
Total	43	30.9	52	37.5
Rango medio				
Caótica separada	10	7.2	11	7.9
Caótica conectada	22	15.8	30	21.6
Flexible desligada	6	4.3	3	2.2
Flexible aglutinada	4	2.9	6	4.3
Estructura desligada	6	4.3	4	2.9
Estructura aglutinada	4	2.9	5	3.6
Rígida separada	3	2.2	5	3.6
Rígida conectada	7	5	0	0
Total	62	44.6	64	46
Rango extremo				
Caótica desligada	3	2.2	2	1.4
Caótica aglutinada	25	18	15	10.8
Rígida desligada	5	3.6	4	2.9
Rígida aglutinada	1	0.7	2	1.4
Total	34	24.5	23	16.5

**FAMILIAS DE ACUERDO A LOS NIVELES DE
ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN**

Rango	Pacientes con DM		Derechohabientes sanos	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Balanceado	43	30.9	52	37.5
Medio	62	44.6	64	46
Extremo	34	24.5	23	16.5



DISCUSIÓN

Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. En el presente trabajo se analizaron los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar que presentan las familias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y se comparó con los niveles que presentan las familias de los derechohabientes sanos.

Los resultados obtenidos demostraron que en la dimensión de cohesión familiar el nivel más frecuente fue el de tipo conectada en los pacientes con DM y en los derechohabientes sanos, con una frecuencia casi similar para cada grupo, con un porcentaje de 40.3% y 41% respectivamente.

En la dimensión de adaptabilidad el nivel más frecuente fue el del tipo caótica en ambos grupos y las frecuencias fueron muy similares con un porcentaje de 43.1% en los pacientes con DM2 y 41.7% en los derechohabientes sanos

De acuerdo a los resultados mencionados se puede inferir que la diabetes mellitus no es un factor que modifique los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar en una familia, sin embargo se requieren más estudios para aseverar este hecho.

El FACES III (Modelo Circunflejo) clasifica a las familias en los rangos balanceado, medio y extremo, éste último es el que ubica a las familias con mayor riesgo de disfunción ante una situación estresante. En este estudio predominaron en ambos grupos las familias en rang medio, es decir familias con menor riesgo de disfunción familiar o bien probablemente con un funcionamiento familiar normal; las familias en rango extremo fueron las menos frecuentes para ambos grupos.

Es importante mencionar que es nuestro deber como médicos familiares cuando identificamos familias disfuncionales o con mayor riesgo de disfunción, proporcionar orientación y consejería familiar para que antes situaciones estresantes o crisis familiares tengan una mejor cohesión y adaptabilidad familiar, lo que les permitirá resolver conflictos de una mejor manera. Los pacientes identificados en este estudio que viven dentro de familias con rango extremo deben ser vigilados con mayor cuidado en sus revisiones mensuales con su médico familiar, ya que presentan mayor riesgo de presentar complicaciones agudas y crónicas secundarias a diabetes mellitus no controlada por falta de apego a tratamiento farmacológico y no farmacológico, pues desafortunadamente en estas familias es muy probable que exista poco apoyo al paciente, lo que condiciona que de forma gradual el paciente decline en su adherencia terapéutica.

En relación a las características más sobresalientes encontradas en los pacientes con DM tipo 2, encontramos que el grado de escolaridad más frecuentes son la primaria con 39.6% y la secundaria con 18.7%, dato importante a tomar en cuenta, ya que este grado de escolaridad es un factor de riesgo para la salud y cuidado del paciente, pues se dificulta el entendimiento del tratamiento y de la enfermedad por lo que es más difícil que los pacientes modifiquen su estilo de vida.

Como sabemos dentro de las metas en el tratamiento de un paciente diabético el índice de masa corporal debe ubicar al paciente dentro de un peso normal, y lo que encontramos en este estudio es que sólo el 23% de los diabéticos tenían un peso normal, el 48.2% con sobrepeso y 28.7% presentaban algún grado de obesidad.

En cuanto al tratamiento no farmacológico el 29.5% realiza dieta hipocalórica y alguna actividad física, el 25.2% llevaba a cabo sólo la dieta y 20.9% sólo realizaban alguna actividad física y 24.5% no llevaba a cabo el tratamiento. Se deberá hacer más énfasis en estas medidas higienico-dietéticas, ya que estas constituyen los pilares básicos para el adecuado control de la diabetes y otras enfermedades crónico degenerativas.

La asistencia a los grupos de apoyo se registró con un valor muy bajo de 3.6%, por lo que se recomienda hacer mayor difusión de estos grupos, ya que estos son un apoyo en lo que se refiere a la orientación del paciente y su familia acerca de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados indican que tanto en los pacientes con DM tipo 2 como en los derechohabientes sanos, los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar más frecuentes son los mismos para ambos grupos, predominando así la cohesión conectada y la adaptabilidad caótica, lo mismo sucede para los niveles de cohesión y adaptabilidad en lo cual se observó que en ambos grupos predominaron las familias en rango medio, lo que coincide con otros estudios similares.

El cuestionario FACES III validado en español es un instrumento de fácil aplicación, que nos permite identificar a las familias con mayor riesgo de presentar disfunción familiar, pero tiene la desventaja de que sólo ha sido validada en México la versión para familias con hijos, lo que limita la aplicación de este test a familias sin hijos y a pesar de que existen versiones de FACES III para parejas sin hijos, parejas en etapas de retiro y algunas otras versiones, éstas no han sido validadas en México.

Es de gran importancia que como médicos especialistas en Medicina Familiar, apliquemos instrumentos de evaluación familiar, pues nos permiten tener una orientación acerca de la funcionalidad de las familias, ya que estas constituyen el primer grupo de apoyo para los pacientes y son quienes brindan el aporte necesario para cumplir la prescripción médica, conductas adecuadas de salud y proporcionan asistencia y aliento al enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Secretaria de Salud. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 1-22 pp.
2. Moreno Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Revista Facultad Medicina UNAM. 2001, (44): 35-37.
3. Moreno Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Revista Facultad Medicina UNAM. 2001, (44): 35-37.
4. Narro Robles J. Diagnóstico y tratamiento en la práctica medica. Ed Manual Moderno, México, 2006. Cáp. 13. 104-105pp.
5. Moreno Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Revista Facultad Medicina UNAM. 2001, (44): 35-37.
6. Vázquez Martínez J. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social. 2006. (44): 13-26.
7. Alpizar SM. Guía para el manejo del paciente diabético. Ed. Manual Moderno. México, 2004: 5-30.
8. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2005. January. (28): s37-s42.
9. Wilson Jennifer F. In the clinic type 2 Diabetes. Annals of Internal Medicine. 2007: ITC2-ITC16.
10. García Soidan F. Diabetes Mellitus tipo 2. Guías clínicas 2005. (5): 1-7.
11. Oviedo Mota M. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Medica del IMSS. 2003. (41): S27-S46.
12. Oviedo Mota M. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Medica del IMSS. 2003. (41): S27-S46.
13. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 2007. (7): S15-S19.
14. Méndez López D. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Medica del IMSS. 2004. (42): 281-284.
15. Méndez López D. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Medica del IMSS. 2004. (42): 281-284.

16. Velasco M. (et.all). Manejo del enfermo crónico y su familia. Sistemas, historias y creencias. Ed. Manual Moderno.2001.37-38; 203-204.
17. Méndez López D. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Medica del IMSS. 2004. (42): 281-284.
18. Quiroz Pérez J. Revista Medica del IMSS. Diabetes tipo 2 Salud-competencia de las familias. 2002. (40): 214-215
19. Alfaro I. Gil. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. Arh Med Fam.2002;4 (3):95-98.
20. Gómez-Clavelina. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999. 1; (2): 45-55.
21. Gómez-clavelina. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Archivos en Medicina Familiar. 1999; 1(3): 73-79.
22. Olson DH. Circumplex Model Of marital and family systems. Journal of Family Therapy, 2000; 22 (2): 144-167.
23. Gómez-Clavelina. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999. 1; (2): 45-55.
24. Pinto Herrera F. Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Umbrales de investigación. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UNFV. 2004; 1 (1):55-66.
25. Mata E. Estructuras familiares y compartimientos adictivos (2da parte). Marzo 2005, año XV; 12 (1).
26. Gómez-clavelina. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Archivos en Medicina Familiar. 1999; 1(3): 73-79.
27. Gómez-clavelina. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Archivos en Medicina Familiar. 1999; 1(3): 73-79.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

EVALUACIÓN DE LA DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR PERCIBIDA POR LOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

2007

ACTIVIDAD	MARZO 2007	ABRIL 2007	MAYO 2007	JUNIO 2007	JULIO 2007	AGOSTO 2007	SEP 2007
TÍTULO DEL PROTOCOLO	X						
MARCO TEÓRICO		X					
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JUSTIFICACIÓN			X X				
OBJETIVOS GENERALES YESPECIFICOS			X				
HIPOTESIS			X				
DISEÑO METODOLÓGICO				X			
DISEÑO ESTADÍSTICO					X		
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS					X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X		
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO						X	
PRUEBA PILOTO							X

2008-2009

ACTIVIDAD	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X											
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	X	X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS									X			
ANÁLISIS DE RESULTADOS									X			
DISCUSIÓN DE RESULTADOS										X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISIÓN FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DE TESIS												X



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.

ENCUESTA APLICATIVA

Título de protocolo: Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los pacientes portadores de DM tipo 2.

Turno: (1) Matutino (2) Vespertino

Consultorio: _____

Nombre del paciente: _____ **Edad:** _____ años.

Sexo: (1) Femenino 2) Masculino

Ocupación: (1) Empleado (5) Hogar
(2) Desempleado (6) Profesionista
(3) Jubilado (7) obrero
(4) Pensionado (8) Otro: _____

Estado civil: (1) Soltero (4) Divorciado
(2) Casado (5) Separado
(3) Unión libre
(3) Viudo

Escolaridad: (1) Licenciatura (3) Secundaria
(2) Bachillerato o preparatoria (4) Primaria

Peso: _____ kg **Talla:** _____ m

Hace cuántos años le diagnosticaron diabetes: _____ años.

Tratamiento No farmacológico: (1) Dieta (2) Ejercicio (3) Ninguno

Tratamiento Farmacológico:

- (1) Sulfonilureas: glibenclamida, tolbutamida, clorpropramida, glipicida, glimepirida.
- (2) Biguanidas: metformina.
- (3) Inhibidores de alfa-glucosidasa: acarbosa.
- (4) Glitazonas: pioglitazona, rosiglitazona.
- (5) Insulina
- (6) Ninguno

Pertenece a un grupo de ayuda mutua para diabéticos: (1) Si (2) No

Personas que viven en la misma casa donde usted vive: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FAMILIAR

EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR PERCIBIDA POR LOS PACIENTES PORTADORES DE DM TIPO 2.

FACES III

NUNCA (1)

CASI NUNCA (2)

ALGUNAS VECES (3)

CASI SIEMPRE (4)

SIEMPRE (5)

1. ____ Los miembros de la familia solicitan ayuda el uno al otro.
2. ____ En nuestra familia, se toma en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
3. ____ Aceptamos amistades de los demás miembros de la familia.
4. ____ Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. ____ Nos gusta hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana.
6. ____ Diferentes personas actúan únicamente con nuestra familia más cercana.
7. ____ Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
8. ____ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9. ____ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10. ____ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
11. ____ Nos sentimos muy unidos.
12. ____ En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. ____ Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes.
14. ____ Las reglas cambian en nuestra familia.
15. ____ Con facilidad podemos planear actividades en familia.
16. ____ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. ____ Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
18. ____ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19. ____ La unión familiar es muy importante.
20. ____ Es difícil decidir quien hace las labores en el hogar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el proyecto:

**EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR PERCIBIDA
POR LOS PACIENTES PORTADORES DE DM TIPO 2**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “: Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes portadores de DM tipo 2 de la UMF No. 28 del IMSS”.

El objetivo de este estudio es analizar la cohesión y adaptabilidad familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un test.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y 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 a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador