



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.49

LOS MOCHIS, SINALOA

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA

POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UMF No 6 DE LA VILLA DE AHOME

SINALOA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. AIDE MIRINA LOPEZ CUADRAS

LOS MOCHIS, SINALOA, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA
POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UMF No 6 DE LA VILLA DE AHOME
SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA AIDE MIRINA LOPEZ CUADRAS

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA UNAM

LOS MOCHIS, SIN.

2009

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA
POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UMF No 6 DE LA VILLA DE AHOME
SINALOA**

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

PRESENTA

DRA AIDE MIRINA LOPEZ CUADRAS

AUTORIZACIONES

DR FEDERICO ARTURO FELIX MENDEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 49 LOS MOCHIS

DRA MC PAULA FLORES FLORES

ASESORA METODOLOGICA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL N. 1 CULIACAN SINALOA

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA
POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UMF N. 6 DE LA VILLA DE AHOME
SINALOA**

| ÍNDICE | PÁGINA |
|---|--------|
| I.1 MARCO TEÓRICO | 04 |
| I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| I.3 JUSTIFICACIÓN | 21 |
| I.4 OBJETIVOS | 23 |
| LL. METODOLOGÍA | 23 |
| LL.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 23 |
| LL.2 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA | 23 |
| LL.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN..... | 24 |
| LL.4 INFORMACIÓN A RECOLECTAR VARIABLES | 25 |
| LL.5 METODOS..... | 26 |
| LL.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 27 |
| LLL RESULTADOS..... | 27 |
| LV. DISCUSIÓN | 29 |
| V. CONCLUSIONES | 30 |
| VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| VII. ANEXOS | 40 |

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco infinitamente ala UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO Y AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL por la oportunidad de continuar capacitandonos y enriquecer nuestros conocimientos para proyectarnos como medicos familiares y ser mejor dia con dia en nuestra comunidad medica..

A mi familia mi esposa e hijos por el tiempo de espera durante estos tres años de la carrera por su paciencia y amor incondicional los cuales hicieron posible cumplir mis metas ser medico familiar.

A mis padres y hermanos que siempre me apoyaron con sus palabras de aliento y comprension.

A todos los trabajadores del H.G.Z No.49, del HGP No.2 en especial a médicos y enfermeras que siempre tuvieron palabras de aliento y su compañerismo sin igual que siempre estuvo presente en cada uno de ellos.

A mis compañeros médicos de generación Dr. Pedro ,Valdez, y Zarate Dres. Federico Arturo Félix Méndez nuestro tutor de la especialidad de medicina familiar por su paciencia, amabilidad atencion incondicional y su compañerismo por cada uno de sus alumnos y a la Dra Paula Flores Flores por su orientacion y supervision de la tesis, gracias por su calidad como persona y medico que dios los bendiga hoy y siempre.

Mil gracias a todas aquellas personas que estuvieron con nosotros en todo momento durante estos tres años.

RESUMEN

OBJETIVO

Describir si existe disfunción familiar en los pacientes con DM2 de la UMF No 6.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizaron 117 encuestas en pacientes de edades de 39 a 82 años de edad a través de la aplicación de un cuestionario para el auto-diagnóstico de la disfunción familiar en el tipo de DM2 y a los pacientes de la UMFN.6 de la Villa de Ahome durante los meses de Junio a Diciembre 2008, se obtuvieron los siguientes datos edad, género, nivel de escolaridad, estado civil.

El tipo de estudio fue Prospectivo, Transversal, descriptivo y observacional

RESULTADOS: Se realizaron 117 encuestas de las cuales 17 fueron eliminadas por los motivos referidos en los criterios anteriores de estas 100 encuestas restantes se obtuvieron los resultados. encontrando que la edad promedio de los pacientes con DM2 fue entre 39 y 82 años de edad, la edad más frecuente observada fue de 51 a 61 años en mujeres y 61 a 70 años en los hombres, el género femenino le corresponde un 70% y el masculino un 30%. Funcionales y 20 con disfunción severa, en obesidad es más frecuente en las mujeres con obesidad leve de 48% y moderada 33% y severa 17%. Correspondiendo al nivel socioeconómico predomina en empleado sin profesión un 50%, obrero especializado un 20% y obrero no especializado un 12%.

CONCLUSIONES

La disfunción familiar encontrada en los pacientes diabéticos tipo 2 fue de 8.5%. Y la edad más frecuente es de 51 a 70 años en la mujer y de 61 a 70 en el hombre. Y su nivel de escolaridad predomina primaria incompleta, debido a menor escolaridad más dificultad para cambiar estilos de vida y comprensión de la enfermedad para evitar sus múltiples complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Diabetes mellitus, Disfuncion, Familia

INTRODUCCION

La necesidad prioritaria que existe actualmente en los países desarrollados y subdesarrollados es la presencia de un mejor control de las enfermedades crónicas degenerativas las cuales son un problema de salud pública la Diabetes Mellitus y sus complicaciones ocupan el segundo lugar entre las principales motivos de demanda de consulta de medicina familiar y el primero en la consulta de especialidades es una de las causas más frecuentes de ingresos y egresos hospitalarios, además de generar un importante deterioro sobre la calidad de vida e ingreso económico individual y familiar, que se ve reflejado en el incremento de días de incapacidad temporal y pensión por invalidez generados por esta causa.

La dieta, la actividad física y el manejo farmacológico, son pilares del tratamiento en el tratamiento de la DM2; las dos principales entrañan con mayor dificultad y complejidad por su abordaje, al involucrar el aspecto cultural y afectivo individual y social, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud y la enfermedad. Así se explica porque en las últimas décadas, la educación para la salud forme parte fundamental de las estrategias de control y prevención de la diabetes se espera que a través del proceso educativo, los individuos reflexionen sobre los estilos de vida que han influido sobre su salud, reconozcan de manera temprana los signos y síntomas de la enfermedad así como la aparición de Complicaciones.

MARCO TEORICO

DEFINICION DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Diabetes Mellitus es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina, y por una sensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de la insulina (1).

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas, no trasmisibles, que ha incrementado marcadamente su prevalencia en el siglo pasado, y constituye la alteración metabólica grave más común en la población. En ausencias de intervenciones efectivas, su frecuencia tiende a aumentar, debido al envejecimiento de la población, la disminución de la mortalidad por infecciones y a un aumento de algunos factores de riesgo como obesidad, sedentarismo.

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 A NIVEL MUNDIAL

La prevalencia de diabetes Mellitus varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de Diabetes alcanzan al 5.9 de la población total con predominio de la raza afro americana, mexicano americana e hispana (2).

Un número cada vez mayor de personas tiene Diabetes Mellitus en el mundo. En Estados Unidos se espera que el número de pacientes diabéticos aumente de 15 a 22 millones en 2025. Este incremento se correlaciona estrechamente con el incremento de la obesidad. En el mismo país los casos diagnosticados de diabetes alcanzan el 5.9% de la población total la prevalencia aumenta desde el 1 % en los sujetos de 20 a 39 años al 13% en los sujetos de 60 años y mas. En Latinoamérica se estima una prevalencia global de 5.7% las proyecciones indican que en año 2025 sea de 8.1 %El país latinoamericano con mayor incremento de la prevalencia es México con 7.7% (3).

El estudio realizado por Díaz Valencia y Domínguez en Cuba en 2002 encontró un predominio del sexo femenino, tanto el numero de casos como en las tasas en todos los años analizado (3).

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN MEXICO

(En México desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2% por 100 000 habitantes, Pese a ello, se la consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta).

Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15 lugar como causa de muerte en mujeres. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 se informó una prevalencia general de 8.2 y 21% en los adultos de 60 y 69 años. La Encuesta Nacional de Salud (ENSAII 1994) indicó una prevalencia de diabetes Mellitus de 9% para la población mayor de 60 años y una tasa de morbilidad percibida de diabetes de dos por cada 100 habitantes para ubicarse entre los principales problemas de salud reportados ya que el 2% de las personas la identificó como un problema de salud en los últimos quince días previos a la encuesta.

A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Contrario a lo observado con otras afecciones como la cirrosis hepática, la tasa de mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003. Por ejemplo en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61,8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En el 2003, la diabetes presentó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años.

Como causa de morbilidad, la diabetes Mellitus tipo 2 produjo 287 180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el duodécimo lugar dentro de las veinte, principales causas de enfermedad en el país. En la demanda de servicios hospitalarios, la diabetes Mellitus se ubica dentro de los principales motivos de demanda en el segundo y tercer nivel. (4)

Es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, que finalmente se expresan en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros inferiores. La relevancia directa de esta patología esta definida por la magnitud de las poblaciones afectadas en todo el mundo y el incremento en el riesgo de muerte prematura por estar asociada a otros problemas igual de importantes como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cerebro vasculares.(5)

En este sentido la diabetes Mellitus, de acuerdo a las proyecciones de la Organización Mundial de la salud, tendrá un incremento de la prevalencia en adultos de un 42% en los países desarrollados, que corresponderá de 51 a 72 millones de diabéticos; y de un 170% en países en vías de desarrollo, que ascendería de 84 a 228 millones de diabéticos, sosteniendo que para el año 2025 el 75.5% de la población de diabéticos en el mundo residirá en algún país en desarrollo . (6)

En 1995 México con 3.8 millones de a adultos diabéticos y ocupaba el 9 lugar dentro de los 10 países con mayor numero de DM2. Se estima que en 2025 alcanzara 11.7 millones pasando al 7 lugar mundial. En la región noroeste de México conformada por los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa

Las tasas de mortalidad son del 10.2%, 10%, 10.2 % y 9.4% respectivamente similares ala nacional de 10.3% . estas cifras son el resultados de la transculturación y la industrialización repercutiendo en los estilos de vida, incrementando el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, obesidad y stress ocupacional entre otros factores .La Diabetes tipo 2 es la primera causa de muerte a escala nacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).representando una carga económica para el individuo y la sociedad . (7)La mayor parte de las enfermedades crónicas y degenerativas resulta de factores de interacción de factores genéticos y ambientales la predisposición para padecer el trastorno solo se hace evidente cuando el individuo tiene un estilo de vida propicio. En los últimos

50 años la población mexicana se concentro en grandes centros urbanos. El porcentaje de la población que vive en las áreas rurales se redujo de 57.4 en 1950 a 25.4 en 2000. Sus costumbres alimenticias se modificaron se incremento el consumo de calorías, azucares simples y grasas. Al migrar los individuos de un área rural a una urbana el consumo de grasas aumenta (27,6 y 33% en zonas de bajo y mediano ingreso económico, respectivamente) y disminuye el de carbohidratos complejo. (8) Además de la ingesta de medicamentos se requiere ajuste de la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada.

existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado, control metabólico tales como la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de la instrucción del paciente sobre su enfermedad.(8)

La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente empieza a verse así mismo de la misma manera como piensa que los demás lo ven, siente que la gente a su alrededor lo considera inútil y es posible que empiece a sentirse como tal .En tanto la tristeza y la infelicidad que el paciente se sumerge en la mas profunda depresión y llega a pensar que es preferente la muerte.(9)

INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN SINALOA

Los casos nuevos de diabetes en el estado de Sinaloa en el 2004 fueron de 12,554, en el 2005 12,516, y el 2006 11,669.

En el año 2007 respecto al motivo de consulta los pacientes que recibieron atención médica fueron 254,837 en la delegación Sinaloa.(10)

Respecto a las hospitalizaciones los egresos correspondientes a la diabetes fueron 1653.

Es la segunda causa de muerte en la delegación Sinaloa con un total de casos en el 2007 1,386.

Sinaloa ocupa el 2 do. Lugar nacional en diabetes con 380,000 mil diabéticos.

INCIDENCIA DE DIABETES TIPO2 EN EL MUNICIPIO DE AHOME

En la ciudad de los Mochis municipio de Ahome. La UMF 37 cuenta con una población derechohabiente de 184,410 con un total de diabéticos de 13 311.

DIABETES TIPO 2 EN LA UMFN.6 DE LA VILLA DE AHOME.

.En la población de la Villa de Ahome cuenta con 18,500 habitantes y la población de la UMF N° 6 Ahome cuenta con una cantidad de derechohabientes de 14,228 de los cuales son diabéticos 1700 en control esto correspondería al 10% de la población total lo cual va en relación de la media nacional que es de un 8 a 10%.pese a que la población se le da orientación y educación sobre los cuidados básicos de la salud (11).

DEFINICION DE LA FAMILIA

LA FAMILIA:

Para la Organización Mundial de la Salud, La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros, brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorablemente o desfavorablemente en el proceso salud –enfermedad.(12) La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (Papa y mama) subsistemas paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (Hermanos), toda la familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas O similares a otras, estas son las características topológicas como son la composición (Nuclear, extensa o compuesta) El desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (Urbana,

suburbana, semi-integrada (campesino, empleado y profesionista), pero hay circunstancias que son indispensables de conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar lo que anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que puede ser indiferente, negligente, permisiva o reciproca indulgente, con autoridad, Los límites que representan las reglas delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación no lo es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada. (13)

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de la salud y enfermedad en el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobra interés los factores psicológicos y sociales muchos de los males se generan en la propia familia y efecto de uno u otra forma la salud del individuo. (14) La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, según Le Play-Proudhon es la célula básica de la sociedad. En ellas sus miembros mantiene en forma común y unitaria relaciones directas personales cara a cara, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza. La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, si no también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. (15)

En la dinámica familiar incluye determinantes que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición de la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los

trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de las personas.

DISFUNCION FAMILIAR:

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales aspectos económicos y sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que otorgan al enfermo.(16)

En el paciente diabético se relaciona en base a sus características muy particulares y la complejidad de la enfermedad y sobre todo ala aceptación de esta para toda la vida la cohesividad y adaptación del paciente y de su familia que tanto pueda integrarse para su productividad

Por lo anterior el diagnostico del grado de salud psicodinamica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psico-afectiva para generar acciones tendientes a cumplir las funciones sociales que se esperen de ella.

El factor más importante se refiere a la etapa del ciclo de desarrollo de la familia. Las familias en las primeras etapas de su desarrollo, matrimonio, expansión temprana y expansión media (con los hijos antes de llegar o llegando a la adolescencia), producen fuerzas centrípetas que generan acciones y actividades de cohesividad hacia el interior de la familia es por ello que en las familias que enfrentan un problema de salud como en la

diabetes tipo2 en estas etapas , la disposicion, participacion y cooperacion de sus integrantes tiende a ser espontanea y de apoyo es por ello que los profesionales casi no encuentran dificultad para que se sigan las indicaciones y se acuda a su cita de su seguimiento. Un riesgo en estas circunstancias es que la atención y cuidado del paciente se vuelvan el centro de la vida funcional de la familia, ya que la mayoría de las actividades de la familia se dan alrededor del enfermo, casi siempre sobrecargando de trabajo a un solo cuidador, (generalmente la esposa o la madre). Por ello dentro del trabajo con estas familias destacan un par de objetivos.

1.- promover la reorganización de la estructura familiar mediante la redistribución negociando las funciones familiares entre los diferentes integrantes que estén dispuestos a ello. 2.- fomentar la auto-responsabilidad y adquisición de conductas de auto –cuidado en el paciente. (17)

INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA DISFUNCION FAMILIAR

Existen instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar que indican el índice de disfunción de las familias los cuales son:

Apgar familiar es un instrumento de auto aplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar contiene 5 preguntas.

*¿Está Ud. satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

*¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con Ud. en la resolución de ellos?

*¿Encuentra Ud. que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

*¿Está Ud. satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

*¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?

CALIFICACION

- 00-03 PUNTOS: DISFUNCIÓN SEVERA
- 04-06 PUNTOS: DISFUNCIÓN MODERADA
- 07-10 PUNTOS: FAMILIA FUNCIONAL

Si la funcionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

El otro instrumento es el FACES III es mas especifico ya que informa la cohesividad y adaptación de la familia. Esta basado en el modelo circunflejo del sistema marital y familiar desarrollado por David H. Olson, Candice Russel y Duglas Sprinkle en 1979, teniendo como base este modelo teórico se desarrollo en 1980 las escalas de FACES III.

- 1.-Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- 2.-En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3.-Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4.-Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5.-Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6.-Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7.-nos sentimos mas unidos entre nosotros, que con personas que no son de la familia.
- 8.-Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.
- 9.-Nos gusta pasar el tiempo libre con la familia.
- 10.-Padre 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 se toma una decisión importante toda la familia esta presente.
- 14.-En nuestra familia las reglas cambian.
- 12.- Con facilidad podemos planear cosas en familia.
- 16.-Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17.-Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

19.-La unión familiar es muy importante.

Puntaje.- nunca.-1, casi nunca.-2, algunas veces.-3, casi siempre.-4, siempre.-5.

Calificaciones: Nones. _____ Puntos Pares: _____ Puntos.

Se utilizaron ambos métodos ya que el Apgar es una percepción subjetiva que el paciente tiene de su familia y el FACESIII, es un instrumento más específico ya que informa la cohesividad y adaptación de la familia. La dimensión cohesión es definida como los lazos familiares que los miembros de la familia tienen entre sí. Se consideran 4 niveles de cohesión; desligado, separado, conectado y fusionado. Según Olson (2006)¹ los sistemas que están en los niveles balanceados de cohesión (separado y conectado) tendrán un óptimo funcionamiento familiar. Sin embargo, los extremos o niveles no balanceados tendrán en general relacionamientos problemáticos.

La dimensión flexibilidad es definida como la capacidad de cambio en el liderazgo familiar, los roles y las reglas del sistema. Se consideran 4 niveles de flexibilidad: rígido, estructurado, flexible y caótico. La hipótesis que maneja Olson (2006), es que los niveles balanceados de flexibilidad (estructurado y flexible) son más funcionales que los extremos (rígidos o caóticos). Esto se debería a que las familias necesitan tanto de la estabilidad como de la capacidad de cambio para poder ser funcionales.

Son las tareas que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo. (18)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que le propicia la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familias.

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, social es financieras y de salud) del grupo familiar:

Estatus: participación y trasmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

Reproducción. Provisión de nuevos miembros a la sociedad

Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. (18)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

| Con parentesco | Características |
|---------------------------------|--|
| Nuclear | Hombre y mujeres sin hijos |
| Nuclear simple | Padre y madre con 1 a 3 hijos |
| Nuclear numerosa | Padre y madre con 4 hijos o mas |
| Reconstruida (binuclear) | Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciado o viudos y tienen hijos de la union anterior |
| Monoparenteral | Padre o madre con hijos |
| Monoparenteral extendida | Padre o madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco |
| Monoparenteral extendida | Padre o madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco |
| compuesta | |
| Extensa | Padre y madre con hijos, mas otras personas con Parentesco |

compuesta

Padre y madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco .

No parenteral

Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la peresencia de los padres (por ejemplo: tios y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos etcetera.

Sin parentesco

Caracteristicas

Monoparenteral extendida

Padre o madre con hijos, mas otras personas con o Sin parentesco sin parentesco

Grupos similares a familia

Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familiares.

Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos etcetera

Presencia fisica en el hogar

Caracteristicas

Nucleo integrado

Presencia de ambos padres en el hogar

**Nucleo no integrado
padre en el hogar**

No hay presencia fisica de alguno de los

**Extensa ascendente
en la**

Hijos casados o en union libre que viven

Casa de los alguno de los padres

| | |
|--|--|
| Extensa descendente los hijos | Padres que viven en la casa de alguno de |
| Extensa colateral | Nucleo o pareja que vive en la casa de familiarescolaterales (tios,primos,abuelos etcetera) |
| Tipo | Caracteristicas |
| Persona que vive sola | Sin familiar alguno, independientemente de su De su estado civil o etapa de ciclo vital |
| Matrimonio o parejas de Homosexuales | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal Sin hijos |
| Matrimonios o parejas de Homosexuales con hijos Adoptivos | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos |
| Familia grupal | Union matrimonial de varios hombre con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo |
| Familia comunal | Conjunto de parejas monogamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales. |

Poliogamia**Incluye poliandria y poligamia**

Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por, con llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con mucha frecuencia se comprometen aspectos tan claves como el funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad (19). La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente sobre diversos componentes de la salud. También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo a la valoración que el paciente emite en relación a diferentes aspectos de la vida relacionados con su estado de salud. (19)

La mayor parte de los estudios realizados en familias de pacientes con diabetes mellitus tipo1. En aquellas con jefes de familia que presentan diabetes tipo2 se ha examinado como la pareja resuelve la problemática producida por la enfermedad las actitudes asumidas por los pacientes de acuerdo a su grupo etnico. Como se identifica el cuidado de la diabetes de acuerdo a la educacion proporcionada por la familias latinas. Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia tanto como al individuo, lo cual provoca cambios en su organización que repercutirá en el funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel como al individuo lo cual provoca cambios en su organización con la finalidad que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma, de manera que los individuos enfermos, así como los sistemas implicados (es decir la familia, los amigos su red de apoyo y su comunidad), también resultan afectados como consecuencia de su padecimiento. De forma inevitable la

enfermedad coincide con uno u otro momento del ciclo evolutivo y, en parte de ello depende de la magnitud de su impacto. La enfermedad obliga a la familia adaptarse a las necesidades que impone dicho padecimiento. Sus posibilidades de adaptación serán las que ayuden a sobreponerse a este acontecimiento, la familia se ve forzada a hacer compatible la tarea evolutiva con el cuidado el enfermo, con el peligro de la negación de la enfermedad o con la detención en un momento evolutivo. (20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la UMF de la Villa de Ahome no contamos con antecedentes de un estudio previo de la presencia de disfuncion familiar en los pacientes diabeticos, necesario realizarlo y descubrir si existe o no la disfuncion familiar en los pacientes con control de esta enfermedad.

La diabetes mellitus, por lo tanto, es contemplada como un problema de salud publica, que establece un alto impacto económico y social que con lleva la disminuci3n de la calidad de vida productiva y a3os de vida potencial perdidos a consecuencia de las complicaciones cr3nicas o de la mortalidad.(6) Desde el punto de vista sist3mico, la enfermedad invade a la familia tanto como al individuo, lo cual provoca cambios en su organizaci3n que repercutir3n en su funcionamiento, la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma, de manera que los individuos enfermos, as3 como los sistemas implicados es decir, la familia, los amigos y la red de apoyo y su comunidad tambi3n resultan afectados como consecuencia del padecimiento en cuanto al grado y tipo de repercusiones que la enfermedad ocasiona sobre los sistemas a los que pertenece el sujeto, estos variaran de acuerdo con la etapa de desarrollo por la que el individuo atraviese, as3 como por la fase del ciclo vital que la familia este viviendo.

Las alteraciones m3s importantes, desde el punto de vista sist3mico de una familia que tiene un enfermo cr3nico, se presentan principalmente a nivel de estructura, la evoluci3n del ciclo familiar y la respuesta emocional. (20)

De forma inevitable la enfermedad coincide con uno u otro momento del ciclo evolutivo y, en parte de ello depende la magnitud de su impacto. La enfermedad obliga a la familia a adaptarse a las necesidades que impone dicho padecimiento.

Sus posibilidades de adaptación serán las que ayuden a sobreponerse a este acontecimiento, la familia se ve forzada a hacer compatible la tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, con el peligro de la negación de la enfermedad o con la detección en un momento evolutivo. En un porcentaje elevado de familias la presencia de un enfermo mejora los vínculos afectivos entre ellos,. Lo profundo y severo del impacto no niega la posibilidad de aprendizaje y de crecimiento personal y familiar. (20)

Pueden ser negativas o positivas: cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización.

La dinámica psicológica de la familia queda envuelta en la adherencia del miembro enfermo al tratamiento que incluye dieta, ejercicio adecuado y medicación; y esto se refleja en la habilidad de la familia para crear una atmosfera sana o patológica de sus miembros. Así como el propósito del tratamiento de la diabetes no solo debe ser una larga vida, sino proveer una adecuada vida.

La familia tendrá que convivir con esto y con los sentimientos de impotencia, ambivalencia, coraje, culpa y temor, tanto del paciente como de ellos mismos. Además deberá adaptarse ante todos los posibles cambios que surgirán para mantener la organización familiar lo mas viable y funcional posible(20)

La necesidad de realizar un estudio de esta magnitud, es para investigar si existe disfuncion familiar en los pacientes diabeticos tipo 2. de la UMF N. 6 de la Villa de Ahome.

El paciente diabético tipo 2, tiene múltiples factores de riesgo los cuales se han encontrado en la mayor parte de pacientes que asisten a la consulta medica de la UMF N. 6 de la Villa de Ahome observándose sedentarismo, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, trastornos depresivos, perdida de autoestima, trastornos de disfunción familiar el cual es de importancia vital en el desarrollo de la enfermedad y en la recuperación de la misma siendo

motivo de estudio esta situación ya que muchos pacientes tienen dificultad para trasladarse a sus clínicas, no llevan adecuadamente los tratamientos, asisten solos a su consulta medica. en malas condiciones tanto, higiénicas, como dietéticas, por los motivos ya mencionados anteriormente considero muy importante este estudio.

JUSTIFICACION .

Las enfermedades crónicas degenerativas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importante debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones en el comportamiento humano. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran aumento de la incidencia mundial de diabetes, sobre todo tipo 2.

La Organización Mundial de Salud (OMS). Calcula que el número de personas con diabetes en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentara a 366 millones en el año 2030. En estudios realizados durante la década pasada se previo que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9% de la población mexicana y se calcula que podría llegar a 12.3% en el año 2025.

En México desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras 20 causas de enfermedad de mortalidad con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes. A partir de 1970, la diabetes ocupo el 15 lugar como causa de muerte, Diez años después ocupo el noveno lugar y para 1990 alcanzo el cuarto lugar como causa de mortalidad general. En México se calcula que la prevalencia actual en adultos es de un 8 a 10% Este aumento mundial puede ser atribuido principalmente al efecto del cambio en los hábitos. En la actualidad la diabetes Mellitus ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad a nivel, y el Sistema Nacional de Salud notifica mas de 200,000 casos nuevos cada año. Además es la principal causa de ceguera y amputación de miembros inferiores. Dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad reportadas en este tipo de pacientes están las

vasculares, incluyendo las ocasionadas por macroangiopatía (retinopatía diabética, e insuficiencia renal) y macroangiopatía (enfermedad arterial, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular cerebral, enfermedad arterial periférica, aneurismas aórticos y gangrena entre otros) , A partir del 2000 la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en los hombres después de la cardiopatía isquémica enfermedad resultante muchas veces de la diabetes.

Como causa de morbilidad la diabetes tipo 2 produjo 287 180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el duodécimo lugar dentro de las veinte principales causa de enfermedad en el país.

La morbilidad nacional en el 2001 fue de 294,148 casos .en el 2005 397,387, y en el 2006 394,360 casos con una incidencia de 28,920.

Los casos nuevos de diabetes en el estado de Sinaloa en el 2004 fueron de 12,554, en el 2005 12,516, y el 2006 11,669.

En el año 2007 respecto al motivo de consulta los pacientes que recibieron atención médica fueron 254,837 en la delegación Sinaloa.

Respecto a las hospitalizaciones los egresos correspondientes a la diabetes fueron 1653.

Es la segunda causa de muerte en la delegación Sinaloa con un total de casos en el 2007 1,386.

Sinaloa ocupa el 2 do. lugar nacional en diabetes con 380,000 mil diabéticos En la ciudad de los Mochis municipio de Ahome. La UMF 37 cuenta con una población derechohabiente de 184,410 con un total de diabéticos de 13 311. En la población comprendida es de 18,500 habitantes .

La población de la UMF N° 6 Ahome cuenta con una cantidad de derechohabientes de 14,228 de los cuales son diabéticos 1700 en control esto correspondería al 10% de la población total lo cual va en relación de la media nacional que es de un 8 a 10%.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la presencia de disfunción familiar en pacientes con DM2 de la población que acuden a consulta de la UMF N o 6 de la Villa de Ahome Sinaloa.

Objetivo específico

Identificar los factores socio demográfico de los pacientes diabéticos tipo 2 y su relación con su enfermedad.

Medir la función familiar con de Apgar y FACES III.

METODOLOGIA.

Tipo de estudio : Retrospectivo transversal, descriptivo,observacional

Poblacion lugar y tiempo del estudio:

En la comunidad de la Villa de Ahome, se realizo un estudio a los derechohabientes Diabeticos tipo 2 de la UMF N.6 en el periodo comprendido de Junio a Diciembre 2008

Tipo de muestra y tamaño de la muestra. Se estudio un solo grupo de pacientes de acuerdo a los grupos etareos. Se hizo una sola medicion de cada una de las variables de las hojas de recoleccion de datos.

Se realizaron 117 encuestas a los derechohabientes diabeticos tipo 2 tanto del sexo masculino como femenino que acudieron a la consulta durante junio a diciembre 2008

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes de la UMF N. 6 de la villa de Ahome, que deseen participar que sean mayores de 2 años de evolución de la enfermedad y menor de 30 años

.CRITERIOS DE EXCLUSION: se excluyeron 10 encuestas de los pacientes, que no quisieron participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION Se eliminaron 5 encuestas que no fueron llenadas completamente y 2 cuyas respuestas no fueron legibles.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

| Nombre de la variable | Definición operacional | Indicador | Escala de Medición |
|----------------------------|---|--|--------------------|
| Edad | Número de años cumplidos en números enteros | Años | Numérica |
| Género | Se tomará en cuenta características fenotípicas | 1 Masculino 2. Femenino | Nominal |
| Escolaridad | Se tomará en cuenta grados de escolaridad concluidos | 1 Analfabeta 2 Primaria incompleta 3 Primaria completa 4 Secundaria incompleta 5 Secundaria completa 6 preparatoria incompleta 7 Preparatoria completa 8 Profesional incompleta 9 Profesional completa | |
| Estado civil | El estado jurídico de la relación | 1 Soltero (a) 2 Casado (a) 4 Separado (a) 5 Divorciado (a) 6 Viudo (a) | Nominal |
| Nivel socioeconómico! * | Se tomara como referencia El método de Graffar | 1 Universitario 2 Profesionista 3 Empleado 4 Obrero especializado 5 Obrero no especializado | Nominal |
| Disfunción familiar | Se valorara con El instrumento de evaluación APGAR familiar | Disfunción grave de 00-03 Disfunción moderada 04-06 Familia funcional 7-10 | Ordinal |
| | FACES III | Cohesión 2) Semirelacionada 35-40 3) Relacionada 41-45 4) Aglutinada 46-50 | |
| | | Adaptabilidad 1) Rígida 10-19 2) Estructurada 20-24 3) Flexible 25-28 4) Caótica 29.50 | |

METODOS:

Este estudio se realizo en la Villa de Ahome el cual se situa a una distancia de 22 km. De la ciudad de los Mochis sinaloa, cuenta con una poblacion global de 18,700 habitantes, la actividad que predomina es la rama agricola pecuaria, su sistema educativo cuenta con nivel primaria secundaria y preparatoria. respecto a la salud cuenta con centro de salud y clinica del imss UMF no 6 que tiene una poblacion de diabeticos tipo 2 de 1700 los cuales acuden a su control mensual en los cuales se observa un alto indice de factores de riesgo como son: obesidad, sedentarismo, bajo nivel academico asi como escaso recursos economico.

El metodo que se utilizo para capturar la informacion.

La recolección de datos se realizo mediante entrevistas de manera directa a cada paciente y a su familiar que acudieron ala consulta en los meses de Junio a Diciembre fueron realizada por el medico investigador. Utilizando el Apgar y el FACES III. los datos obtenidos se concentraron en hojas de recoleccion de datos.

Los recursos fueron sufragados por el investigador, a los participantes se les solicito consentimiento verbal y se les solicito que sus respuestas fueran lo mas veraz posible el protocolo fue autorizado por el Comité Local de evaluación de investigación en salud del HGR N1 IMSS Culiacan con el número de folio R-2008 2501-28.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Consideramos que el estudio se puede realizar ya que dicha investigación no interfiere con los principios básicos establecidos en el código internacional de ética médica, asociación medica internacional mundial y la declaración de Helsinki

Se solicitara el consentimiento informado de manera verbal a cada paciente para poder participar así como la información es confidencial.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante la recopilación de datos de pacientes DM2, en el periodo comprendido de Septiembre a Diciembre del 2008 se realizó sin ningún problema evaluándose 100 pacientes de la UMF No 6 Ahome Sinaloa encontrando pacientes de un rango entre 39 y 82 años de edad, observando que la edad en que se presentó más esta enfermedad fue en pacientes de 51 - 62 años.

Dentro de las variables estudiadas se encuentra el género de los pacientes DM2 en estudio correspondiendo al sexo femenino el mayor número de casos siendo 70 que representa un 70% y el grupo etario más afectado fue el grupo comprendido entre los 51 a 60 años de edad, en el género masculino se encontraron 30 casos, y el grupo etario fue de 61 a 70 años de edad. Coincidió con el grupo etario del género femenino. Cuadro 1.

De acuerdo a la obesidad que se evalúa con el IMC encontramos los siguientes resultados, observando que se presenta más frecuente en mujeres con un total de 70 casos correspondiendo a un 68% y en los hombres en 30 casos correspondiendo a 30% solamente dos casos fueron peso normal correspondiendo 2%. Así que la obesidad leve fueron 48 casos 48% obesidad moderada 33 casos corresponde un 33%, obesidad severa 17 casos, correspondiendo 17%. *Grafica No.1.*

De acuerdo al nivel de escolaridad encontrar los siguientes resultados

El nivel de escolaridad encontrado en pacientes con DM2 curso con primaria completa 32 casos correspondiéndole el 32%, primaria incompleta o analfabetismo 23 casos correspondiéndole 23% secundaria completa o enseñanza técnica media 17 casos correspondiéndole 17%, secundaria incompleta 22 casos correspondiendo 22% universidad 6 casos correspondiendo 6% y estos resultados nos indican que a mejor preparación menor incidencia de enfermedad. *Gráfica No.2.*

Respecto al estado civil encontramos que la mayor parte de los pacientes con DM2 se encuentran casados o (a), correspondiendo un total de 70 personas (70%), viudas 20 (20%) solteros son 3(3% separados 2 (2%) divorciados (3%) de los cuales la mayor parte son mujeres. Grafica No.3

De acuerdo al nivel socioeconómico se estudio mediante el método de graffar obteniendo los siguientes resultados:

Estrato alto 0 casos, Medio alto 6 casos corresponde al 6% Medio bajo 24 casos corresponde al 24%, Obrero 46 casos corresponde el 46% y Marginal 24 casos corresponde al 24%. Grafica No.4.

Respecto a la variable de disfunción familiar encontramos los siguientes resultados en base a los instrumentos de evaluación como son el Apgar y el FACES III.

Con el Apgar encontramos que había disfunción leve en 15 familias corresponde 15%, disfunción moderada en 60 familias corresponde a 60% y 25 familias con disfunción severa corresponde al 25%. Grafica no.5.

Con el FACES III obtuvimos los siguientes resultados:

Encontramos 6 familias en balance corresponde al 6%, en un rango medio 71 corresponde al 71% familias y 23 familias en un rango extremo corresponde al 23% y la gran mayoría de ellos fueron familias estructuradas con 52 casos flexibles con 16, rígidas 16 y caóticas 15. Cuadro No.2

DISCUSION:

Con los resultados obtenidos, se corrobora que la enfermedad, tiene un comportamiento muy similar, al nivel nacional, debido a que la gran mayoría de la población presenta cuando menos 2 factores de riesgo, obesidad y sedentarismo, identificados y en los cuales siempre están presentes en la enfermedad.

Corroboramos también que la disfunción familiar se encuentra presente en mayor o menor grado en las familias con un paciente con enfermedad crónica y estos resultados son similares a los reportados por la literatura nacional. En un estudio realizado en 226 pacientes se encontró que mas de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar, (11) También tenemos que el nivel de escolaridad reflejado en nuestra comunidad gran parte de ella curso primaria completa y solamente 6 llegaron a nivel de universidad con esto conlleva que la capacidad de conocimiento adquirido y de cuidados sobre su enfermedad condiciona mayor riesgo para el paciente, así como el nivel económico mas predominante fue el nivel de obrero con un 46 % siguiéndole tanto el marginal como el medio bajo ambos con un 24% y solamente un 6 % medio alto. Así nos demuestra que la capacidad resolutive y el alcance a servicios médicos es difícil en esta población para tener un nivel de salud bueno analizando que la mayor parte de la población estudiada debido a sus recursos económicos bajos pues difícilmente tendrá una alimentación balanceada y por ende habrá mas índice de obesidad y morbilidad, siendo así el genero femenino el que lleva un alto índice de obesidad comparado con el sexo masculino

CONCLUSION:

La prevalencia de disfuncion familiar en los pacientes diabeticos tipo 2 es de 8.5%

Ya que la enfermedad continua presentándose mas frecuentemente después de la 4ta. Década de la vida alcanzando su máximo expresión entre los 61 y 70 años de edad siendo más frecuentemente en el sexo femenino. El nivel educativo juega un papel muy importante ya que el mayor numero de casos de la población tiene un nivel escolar bajo, la población mas afectada, fue la población con un nivel socioeconómico llamado obrero siendo 41 casos en total correspondiéndole el 41%, la obesidad continua siendo un factor muy importante que acompaña a esta enfermedad, el grado de disfunción familiar mas frecuente encontrado es de leve a moderado, pero las familias funcionales fueron las menos por lo tanto se propone que se debe reforzar los trabajos orientados al grupo etario y al sexo mas desprotegido promoviendo la educación nutricional ejercicio diario, el manejo adecuado del stress, promoviendo un cambio en el estilo de vida individual y familiar con un enfoque mas preventivo que curativo . se deben de reforzar los grupos de autoayuda y reforzar la educación personalizada con el fin de que los pacientes sean promotores de buenos hábitos, se debe de actuar sobre la obesidad ya que solamente 2 de los pacientes estudiados la presentaban peso normal y deben de ser acciones agresivas y comprometidas tanto por el medico como por el paciente y su familiar, por ultimo proponemos el trabajo en equipo con un equipo multidisciplinario y que se creen módulos para la atención, la educación y la prevención de esta enfermedad en todas las clínicas periféricas solo así se podrá lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y un retardo en las aparición de las complicaciones

CUADRO N. 1 DISTRIBUCION DE LA EDAD Y GENERO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO2 EN ESTUDIO

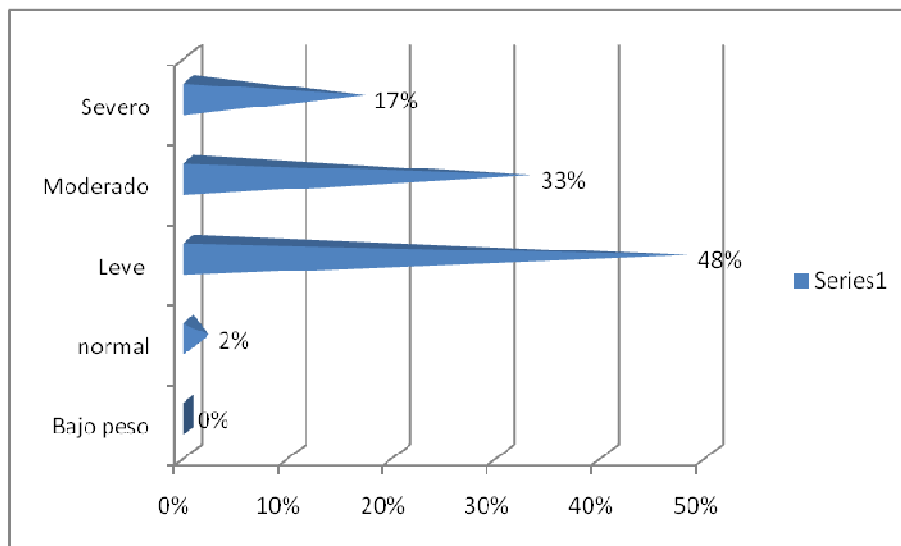
| <i>Mujeres</i> | <i>Total</i> | <i>porcentaje</i> | <i>Hombres</i> | <i>total</i> | <i>porcentaje</i> | <i>total</i> |
|----------------|--------------|-------------------|----------------|--------------|-------------------|--------------|
| 30-40 | 3 | 3% | 30-40 | 0 | 0% | 3 |
| 41-50 | 18 | 18% | 41-50 | 4 | 4% | 22 |
| 51-60 | 24 | 24% | 51-60 | 8 | 8% | 32 |
| 61-70 | 24 | 24% | 61-70 | 12 | 12% | 36 |
| 71-80 | 5 | 5% | 71-80 | 5 | 5% | 10 |
| 81 y + | 1 | 1% | 81 y + | 1 | 1% | 2 |
| <i>Total</i> | 70 | 70 % | <i>Total</i> | 30 | 30% | 100 |

Fuente: Encuesta

nota estos resultados demuestran que es mayor la incidencia de DM2 en mujeres que en los hombres

y la edad de presentación más frecuente es de 51 a 60 años al igual que de 61-70 años de edad

GRAFICA N. 1 OBESIDAD EVALUADA EN PACIENTES DM2 DE LA UMF N.6



Fuente: encuesta

Tomando en cuenta que los valores de peso son:

Bajo peso

Menos de 20

Moderado 30-39.9

Normal

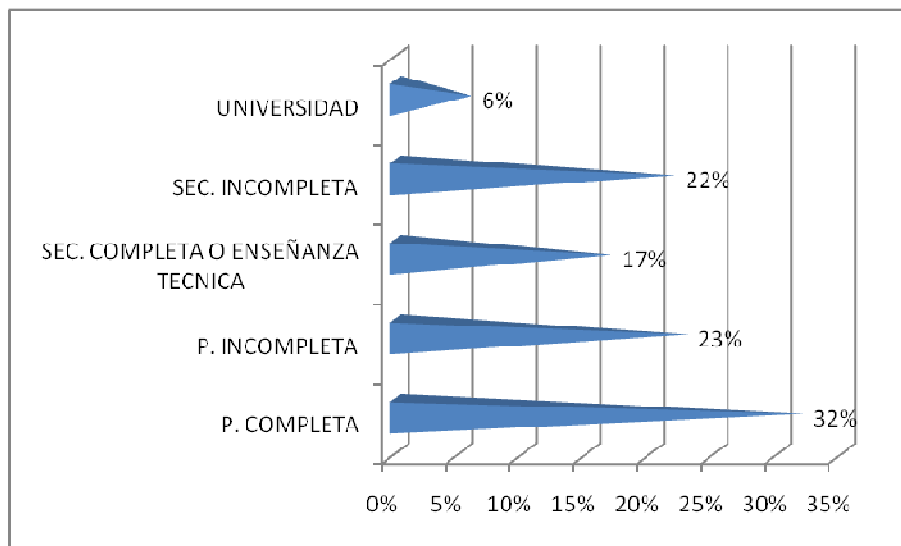
20-25

Severa más de 40

leve

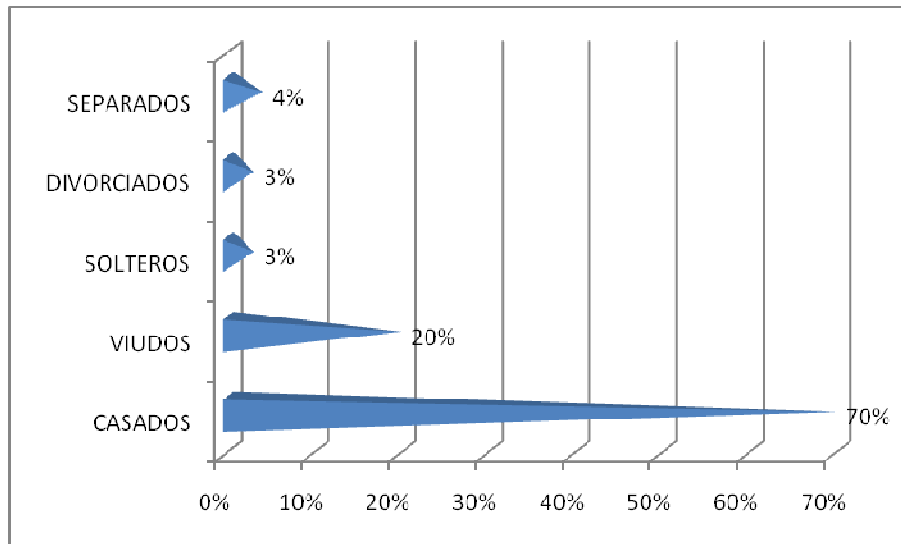
25-29.9

GRAFICA N.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON DM2 DE LA UMF #6 EN AHOME



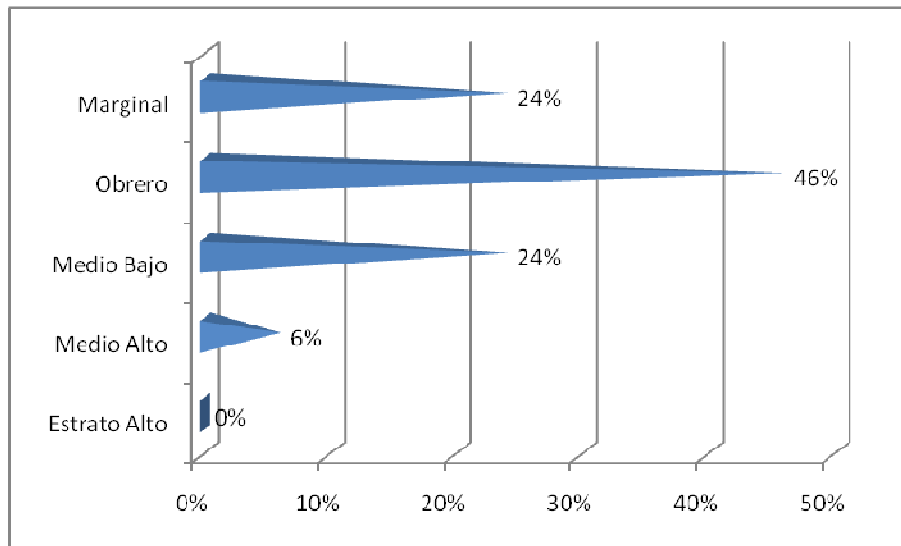
Fuente: encuesta

GRAFICA 3 ESTADO CIVIL EN PACIENTES DM2 DE LA UMF #6, AHOME



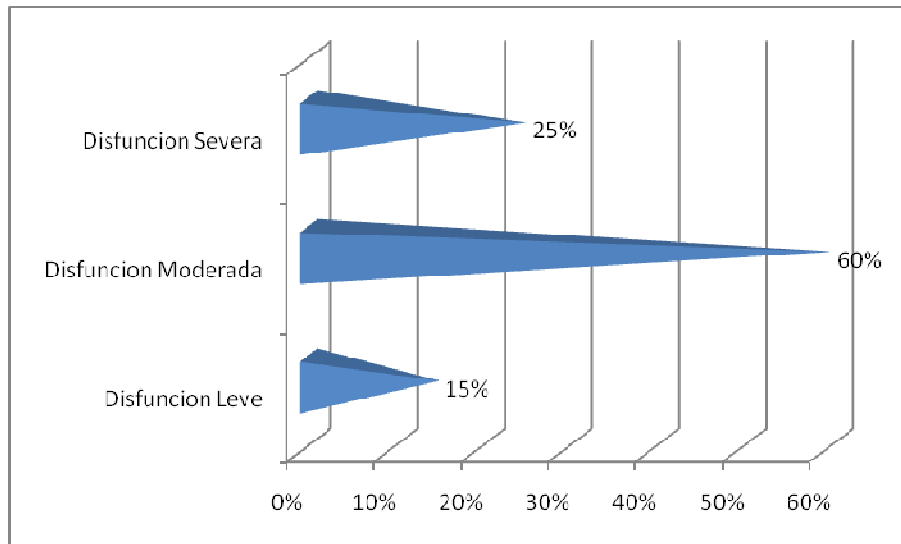
Fuente: encuesta

GRAFICA 4 NIVEL SOCIOECONOMICO EN PACIENTES CON DM2 DE LA UMF #6 AHOME.



Fuente: encuesta

GRAFICA 5 TIPO DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO2 DE LA UMF N6 AHOME SINALOA. (APGAR)



Fuente: encuesta

| | |
|---------------------|-------|
| Disfunción grave | 00-03 |
| Disfunción moderada | 04-06 |
| Familia funcional | 07-10 |

**CUADRO N.2 TIPO DE DISFUNCION FAMILIAR DE LOS
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE LA UMF N.6 AHOME**

| | No relacionada | Semirelacionada | Relacionada | Aglutinada | Total |
|--------------|---------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| Caótica | 1 | 5 | 1 | 8 | 15 |
| Flexible | 2 | 6 | 4 | 5 | 17 |
| Estructurada | 1 | 18 | 25 | 8 | 52 |
| Rígida | 2 | 3 | 9 | 2 | 16 |
| Total | 6 | 32 | 39 | 23 | 100 |

Fuente: encuesta

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Gonzalez Fernandez RS. y Cols. Características clínicas de la diabetes Mellitus un área de la salud Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (2):1-8
- 2.-Untiveros Mayorga y Cols. Diabetes mellitus tipo 2 en el hospital II Essalud-Cañete. Aspectos demográficos y clínicos. Rev Med. Hered. Lima 2004; 15(1): 13-14
- 3.-Ariza Evelyn y Cols. Factores asociados a control metabólico en pacientes DM tipo 2 Rev Salud Uninorte Baranquillas 2005; 21 28-40
4. Rojas Víctor y Cols. Estudios de necesidades para la creación de un programa educativo para diabéticos. Rev Med Fam 2004; 12 (1):23
5. Vázquez Martínez y Cols. Diabetes Mellitus en la población adulta del IMSS. Rev Med IMSS 2006; 44 (1): 13-14
- 6.- Ibarra Costilla E. y Cols. Años de vida productiva perdidos por complicaciones crónicas de la diabetes Mellitus en población económicamente activa. Rev Salud Pub Y Nutrí. 2003; 4 (2):1
- 7.-Lopez del Castillo-Sanchez D y Cols .Impacto del profesor visitante en la atención integral del paciente diabético en Medicina Familiar , Archiv Med Fam 2008;. 10 (1): 17-20
8. -Oláis Fernández G. y Cols. Diabetes Mellitus en adultos mexicanos. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud 2000, Salud Pub Mex 2007; 49 (3):332-333.
- 9.- De los Rios Castillos J.L. Y Cols. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (5) 379- 385
- 10.- Fuente de información de la Dirección General de Epidemiología del Estado de Sinaloa (SSA) Culiacan , Sinaloa.
- 11.- Fuente de información De la Vigilancia Epidemiológica del IMSS. Culiacan , Sinaloa.
- 12.-Suarez Cuba M.A. El médico familiar y la atención a la familia Rev Paceaña Med Fam 2006;3(4): 95-100

- 13.-Mendoza Solis y Cols .Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en la atención primaria. Rev Archivos en Medicina Familiar 2006, 8 (1): 28
- 14.- Méndez López Dulce María y Cols. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4):281-284
15. -Huerta Gonzalez Jose Luis La familia como unidad de estudio PAC MF-1 de Medicina familiar Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. Mexico Intersistemas S.A.de.C.V. 1999 15-21.
- 16.- Rodríguez Gabriela, y Cols, disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia renal crónica Rev Med IMSS 2004, 42 (2): 97 .
- 17.- Garza Elizondo T. y Cols., Proceso para llegar a ser enfermo y paciente una perspectiva desde la medicina familiar, Rev Archivos en Medicina Familiar 2004; 6 (2): 57-60
- 18- Gomez Clavelina FJF, Conceptos básicos para el estudio de las familias, Rev Archiv Med Fam 2005;7 (1):15-29
- 19.-Ríos del Castillo L. y Cols. , Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 y Nefropatía diabética. Rev. Med. Hosp. Gen Mex. 2005 ;68 (3): 82-94
- 20.- Arroyo Rojas Dasilva y Cols., Perspectiva familiar alrededor de los pacientes diabéticos, Rev Neurol Neurocir. Y Psiquiatra. 2005;(38) : 63-68.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

| Nombre de la variable | Definición operacional | Indicador | Escala de Medición |
|----------------------------|---|--|--------------------|
| Edad | Número de años cumplidos en números enteros | Años | Numérica |
| Género | Se tomará en cuenta características fenotípicas | 1 Masculino 2. Femenino | Nominal |
| Escolaridad | Se tomará en cuenta grados de escolaridad concluidos | 1 Analfabeta 2 Primaria incompleta 3 Primaria completa 4 Secundaria incompleta 5 Secundaria completa 6 preparatoria incompleta 7 Preparatoria completa 8 Profesional incompleta 9 Profesional completa | |
| Estado civil | El estado jurídico de la relación | 1 Soltero (a) 2 Casado (a) 4 Separado (a) 5 Divorciado (a) 6 Viudo (a) | Nominal |
| Nivel socioeconómico! * | Se tomara como referencia El método de Graffar | 1 Universitario 2 Profesionista 3 Empleado 4 Obrero especializado 5 Obrero no especializado | Nominal |
| Disfunción familiar | Se valorara con El instrumento de evaluación APGAR familiar | Disfunción grave de 00-03 Disfunción moderada 04-06 Familia funcional 7-10 | Ordinal |
| | FACES III | Cohesión 2) Semirelacionada 35-40 3) Relacionada 41-45 4) Aglutinada 46-50 | |
| | | Adaptabilidad 1) Rígida 10-19 2) Estructurada 20-24 3) Flexible 25-28 4) Caótica 29.50 | |

ANEXO 1

APGAR FAMILIAR

| | CASI SIEMPRE 2 | ALGUNAS VECES 1 | CASI NUNCA 0 |
|---|----------------------|-----------------------|--------------------|
| ¿Está Ud. satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? | X | | |
| ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con Ud. en la resolución de ellos? | | X | |
| •¿Encuentra Ud. que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? | X | | |
| ¿Está Ud. satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar? | | | X |
| •¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos? | | X | |
| TOTAL | 4 | 2 | 0 |

EDAD _____

SEXO _____

DIAGNOSTICO _____

CALIFICACION

0-03 PUNTOS: DISFUNCIÓN SEVERA

04-06 PUNTOS: DISFUNCIÓN MODERADA

07-10 PUNTOS: FAMILIA FUNCIONAL

Puntaje.- nunca.-1, casi nunca.-2, algunas veces.-3, casi siempre.-4,
siempre.-5.

Calificaciones: Nones. _____ Puntos Pares: _____ Puntos.

casi *algunas* *casi*
nunca nunca *veces* *siempre* *siempre*

- 1.-Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- 2.-En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3.-Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4.-Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5.-Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos.
- 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.
- 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.
- 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre con la 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 se toma una decisión importante toda la familia esta presente.
- 14.- En nuestra las reglas cambian.
- 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16.-Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- 19.- La unión familiar es muy importante.

20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar

CALIFICACION FACES III

| TABLA 1 | |
|-----------------|-------------------|
| COHESION | AMPLITUD DE CLASE |
| No relacionada | 10-34 |
| Semirelacionada | 35-40 |
| Relacionada | 41-45 |
| Aglutinada | 46-50 |

| TABLA 2 | |
|----------------|-------------------|
| ADAPTABILIDAD | AMPLITUD DE CLASE |
| Rígida | 10-19 |
| Estructurada | 20-24 |
| Flexible | 25-28 |
| <u>Caótica</u> | 29-50 |