



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32, GUASAVE, SINALOA

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA
CLINICA HOSPITAL DE SUBZONA No. 30, GUAMUCHIL, SINALOA

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR: JOSE ORTIZ BEDOYA.

Guasave, Sinaloa a 09 de Febrero de 2010.



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.

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA
CLINICA HOSPITAL DE SUBZONA No. 30, GUAMUCHIL, SINALOA

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR: JOSE ORTIZ BEDOLLA.

AUTORIZACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL:

DR. RAFAEL ARTURO JUAREZ ZAVALA
PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES EN EL C.H.G.Z. No. 32, GUASAVE, SINALOA.

DRA. ALMA LORENA
COORDINADOR CLINICO DE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA, HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NUMERO 32, GUASAVE, SINALOA.

MC. PAULA FLORES FLORES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD HOSPITAL GENERAL
REGIONAL NUMERO 1, CULIACÁN, SINALOA

AUTORIZACIONES UIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

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

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIARR U.N.A.M.

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA
CLINICA-HOSPITAL DE SUBZONA No. 30, GUAMUCHIL, SINALOA**

INDICE

	Página
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes.....	6
Planteamiento del problema.....	14
Justificación.....	15
Objetivos.....	17
Material y Métodos.....	18
Tipo de estudios.....	18
Diseño de investigación del estudio.....	18
Población, lugar y tiempo de estudio.....	18
Muestra.....	18
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	18
Variables.....	19
Instrumento de recolección de datos.....	20
Método para recolección de datos.....	20
Procedimiento estadístico.....	21
Cronograma de actividades.....	21
Recursos humanos, materiales, físicos y financieros.....	22
Consideraciones éticas.....	23
Resultados	24
Discusión.....	36
Conclusiones.....	38
Referencias bibliográficas.....	39
Anexos.....	43
Hoja de identificación.....	43
Cuestionario de APGAR.....	44
Cuestionario de FACES III.....	45
Formato de consentimiento informado.....	47

RESUMEN

Palabras clave: Prevalencia, Disfunción familiar, APGAR, FACES III.

INTRODUCCION: La alta incidencia de Diabetes Mellitus coloca a nuestro país en el segundo lugar por el alto número de personas con este padecimiento. Es la diabetes un padecimiento tan antiguo como la humanidad, siendo en la actualidad un problema de salud nacional, en el cual la cuestión cultural juega un rol de gran importancia. El apoyo de la familia juega un papel de gran importancia para el control adecuado de los pacientes diabéticos.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de Disfunción Familiar en los pacientes diabéticos de la Clínica-Hospital General de sub zona número 30, Guamúchil, Sinaloa.

MATERIEL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, se incluyeron 203 pacientes diabéticos derechohabientes de la clínica-hospital, elegidos al azar, por conveniencia. Se les aplicó una encuesta que incluyó el cuestionario de APGAR para valorar la funcionalidad familiar, clasificándola como disfunción grave, disfunción moderada y familia funcional, un segundo cuestionario para el instrumento FACES III que valora cohesión y adherencia familiar, el cual las clasifica como familias no relacionadas, semirrelacionadas, relacionadas y aglutinadas. Se realizó análisis estadístico en el programa SPSS10, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión, correlación de variables con significancia estadística donde $P < 0.05$.

RESULTADOS: De los 203 encuestados, el 56% fueron hombres, el 97% de los pacientes presentaron Diabetes Mellitus tipo 2, el promedio de edad fue 46 años ($DS \pm 19$ años). Los grupos etáreos con mayor frecuencia fueron 29% de 41 a 50 años, 38% de 51 a 60 años. El 53% de las familias presenta disfunción, 32% es moderada y 21% severa. La valoración de la cohesión y adherencia con FACES III reporta 21% de familias no relacionadas, 32% semirrelacionadas, 29% relacionadas y el 18% aglutinadas. 72% de los pacientes presenta adherencia al tratamiento, 84% presenta cifras de glucosa sanguínea < 140 mg/dl.

CONCLUSIONES: En este estudio la prevalencia de disfunción familiar es del 53% de la población estudiada, los pacientes que tienen adherencia al tratamiento y una evolución favorable forma parte del grupo con funcionalidad familiar. El presente estudio demuestra que el problema de la diabetes Mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

INTRODUCCION

La familia es la mas antigua de las instituciones sociales humanas, es pues, la unidad social básica, lo que le permite jugar un papel importante tanto en el proceso generador de la atención de la salud, como en el proceso de rehabilitación.

Podemos determinar a través del APGAR familiar, que grado de funcionalidad existe y por lo tanto, que tanto soporte recibe el paciente, por lo que no solo el seguimiento al tratamiento y diversas intervenciones garantizan una evolución adecuada, sino también el apoyo que recibe el paciente, juega un papel muy importante en el mejoramiento de su estado de salud y la prevención de recaídas. ⁽¹⁾

A lo largo del siglo XX las enfermedades crónicas no transmisibles han pasado de manera progresiva a ocupar los primeros lugares en cuanto a importancia sanitaria y social. La Diabetes Mellitus, la cual atribuye su nombre a los griegos Apolonio y Demetrio del siglo II a.n.e. ⁽²⁾ es el trastorno endocrino más común encontrándose en estos momentos entre las primeras 10 causas de muerte en el país con una tendencia al incremento de su prevalencia, proporcionalmente al envejecimiento de la población. ⁽³⁾

Se considera que aún no hemos realmente llegado a la prevalencia esperada de diabéticos que según estudios previos podrían alcanzar entre un 30 a 40 por 100 habitantes cuando la búsqueda activa de la enfermedad llegue a su máxima eficiencia. ⁽⁴⁾

El reconocimiento de la diabetes como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, actitudes y temores de los pacientes en el contexto familiar y comunal. ⁽⁵⁾

Las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran incremento de la incidencia mundial de diabetes, sobre todo de tipo 2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. En estudios realizados durante la década pasada se previó que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9% en la población mexicana y se calcula que podrá llegar a 12.3% en el año 2025.

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 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el noveno lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en 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 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años. ^(6,7)

Es importante hacer énfasis en la educación al paciente en el consultorio, lo cual implica enseñar aspectos básicos de la diabetes, promover la modificación de conocimientos y solucionar problemas inmediatos con cambios en el marco psicológico de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad. ⁽⁸⁾

La influencia del médico en la conducta del paciente frente a la enfermedad constituye un punto cardinal, pues muchos profesionales de la salud se limitan al diagnóstico y a la prescripción facultativa, dejando a un lado la valiosa herramienta de la educación⁽⁹⁾ la que debe ser enfatizada en el consultorio médico de la familia, lo cual implica enseñar aspectos básicos de la diabetes, promover la modificación de conocimientos y solucionar problemas inmediatos con cambios en el marco psicológico de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad. ⁽⁸⁾

Por tratarse la diabetes de un padecimiento tan antiguo como la humanidad, el aspecto educacional muchas veces ha sido relegado. El tratamiento del diabético debe incluir en orden de importancia: educación, alimentación, ejercicios y medicación. Orden comúnmente invertido. El objetivo primordial es mejorar el control, evitar o disminuir las complicaciones agudas o crónicas y mejorar la calidad de vida. ⁽¹⁰⁾

Para estos es necesaria la guía del personal sanitario, modificando actitudes en pacientes y familiares allegados, ante la enfermedad ⁽¹¹⁾ educar permitirá afrontar exigencias terapéuticas con autonomía y responsabilidad pero sin menoscabar el bienestar general.⁽¹²⁾ La dinámica de interrelación que se establezca entre familiares y el individuo es uno de los factores determinantes en el control metabólico como reportará Karisson ⁽¹³⁾ cuando escribe que diabético con un modelo familiar favorable, aumenta significativamente su control ante la enfermedad. Dentro del papel del médico de familia, extensible a todos los integrantes del sistema sanitario, se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente en su familia. Las personas diabéticas tienen síntomas y tienen también familias. El camino entre los pacientes diabéticos y sus familias se recorre en ambas direcciones. ⁽¹⁴⁾

Unas de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a sus miembros. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que incluirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. Por otra parte le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones. ⁽¹⁵⁾ En programas previos sobre principios educativos para los pacientes diabéticos se destacan como conclusiones la enorme importancia de contar con la colaboración familiar para lograr resultados favorables. ⁽¹⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud, puntualiza: la educación es una piedra angular en el tratamiento del diabético y vital para la integración del diabético a la sociedad. ⁽¹⁴⁾ Se conoce además que a nivel mundial el costo de un paciente diabético en el tratamiento de sus complicaciones tanto agudas como crónicas es elevado. Además del deterioro de su estado psíquico y orgánico, su relación con la sociedad se empobrece en la medida que este deterioro aumenta. ⁽¹⁷⁾

Actualmente se recogen pocos trabajos sobre la influencia de la educación del familiar conjuntamente con la del paciente diabético en el control de la enfermedad. En nuestra opinión, la atención primaria de salud en función por la mejoría del estado de salud de la población en este grupo de pacientes, debe crear estrategias encaminadas a la educación no solo del enfermo sino de la familia y la comunidad, siempre marcando un destino final en el diabético; prevenir o retrasar los daños ya establecidos propios de la enfermedad. ^(18,19)

ANTECEDENTES

La primera referencia a la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers encontrado en 1862 en Tebas (hoy Luxor). En el papiro se recoge una sintomatología que recuerda a la diabetes y unos remedios a base de determinadas decocciones. ⁽²⁰⁾

El término DM describe un desorden metabólico crónico, de etiología múltiple caracterizado por una elevación persistente de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia) junto a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas que ocurren como consecuencia de alteraciones de la secreción y/o en la acción de la insulina. ⁽²¹⁾

La diabetes puede dar lugar a complicaciones graves tanto agudas como crónicas, reduciendo considerablemente la expectativa –y la calidad– de vida de estos pacientes. Las complicaciones crónicas incluyen, las microvasculares (retinopatía, con disminución de la visión y ceguera; nefropatía, que puede progresar a insuficiencia renal; y, neuropatía) y las macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular y arteriopatía periférica) que, junto a la afección neuropatía, puede ocasionar úlceras en los pies y amputaciones. ⁽²²⁾ Las complicaciones agudas engloban la cetoacidosis, el coma hiperosmolar y la hipoglucemia ⁽²³⁾

Dado su carácter crónico, la gravedad de las complicaciones a las que se asocia y los medios empleados para su control, la DM 2 supone un alto costo, tanto para los pacientes y sus familias, como para los sistemas sanitarios. ⁽²²⁾

Clasificación de la Diabetes Mellitus:

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que estaba vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

1. Diabetes Mellitus tipo 1
2. Diabetes Mellitus tipo 2
3. Otros tipos específicos de Diabetes
4. Diabetes Gestacional
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada

Diabetes Mellitus tipo 1: Se caracteriza por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes).

Se distinguen dos sub-grupos:

Diabetes autoinmune: con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos anti islotes (ICAs), antiGADs (*decarboxilasa del ác. glutámico*) y anti tirosina fosfatasa IA2 e IA2 β . Esta forma también se asocia a genes HLA.

Diabetes idiopática: Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA.

Diabetes Mellitus tipo 2: Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglucemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere).

Otros tipos específicos de diabetes: Incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta como las formas llamadas MODY (*maturity onset diabetes of the young*); otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (Cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma). También algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria (corticoides, ácido nicotínico, Lasparagina, interferón alfa, pentamidina); agentes infecciosos (rubeola congénita, coxsachie B, citomegalovirus, parotiditis) y por último, algunas otras enfermedades como los Síndromes de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipoatrofias. En estos casos se habla de diabetes secundarias, mientras los tipo 1 y 2 son primarias

Diabetes gestacional:

Se caracteriza por hiperglicemia, que aparece en el curso del embarazo. Se asocia a mayor riesgo en el embarazo y parto y de presentar diabetes clínica (60% después de 15 años). La

diabetes gestacional puede desaparecer al término del embarazo o persistir como intolerancia a la glucosa o diabetes clínica.

Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayuna alterada:

La Intolerancia a la glucosa se caracteriza por una respuesta anormal a una sobrecarga de glucosa suministrada por vía oral. Este estado se asocia a mayor prevalencia de patología cardiovascular y a riesgo de desarrollar diabetes clínica (5-15% por año).

Glicemia de ayuno alterada se caracteriza por el hallazgo de una glicemia de ayuno entre 100 y 125 mg/dl. Su identificación sugiere el realizar una prueba de sobrecarga de glucosa oral, para la clasificación definitiva.^(24, 25)

Diagnóstico

Para el diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus y otras categorías de la regulación de la glucosa, se usa la determinación de glucosa en plasma o suero. En ayunas de 10 a 12 horas, las glicemias normales son < 100 mg/dl. En un test de sobrecarga oral a la glucosa (75 g), las glicemias normales son: Basal < 100, a los 30, 60 y 90 minutos < 200 y los 120 minutos post sobrecarga < 140 mg/dl

Diabetes Mellitus: El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

1. Glicemia (en cualquier momento) ≥ 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)
2. Dos o más glicemias ≥ 126 mg/ dl.
- 3.-Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga ≥ 200 mg/dl.

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno < 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glicemia de ayuna alterada: Una persona tiene una glicemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl. Será conveniente estudiarla con una sobrecarga oral a la glucosa.⁽²⁴⁾

Fisiopatología

Existen dos hipótesis sobre los factores etiológicos implicados en la DM2. La primera de éstas sostiene que son las alteraciones en la célula beta pancreática las causantes de una secreción insuficiente de insulina que conduciría a la aparición de hiperglucemia. En una primera fase, los tejidos periféricos (principalmente músculo e hígado) responderían de forma normal a la insulina, convirtiéndose en resistentes a la acción de la insulina como consecuencia de la continua hiperglucemia. La hipótesis alternativa propone, a su vez, que la alteración básica en este tipo de DM radica en la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos, que aparecería primero en el hígado y más tarde en el tejido muscular. Inicialmente, la célula beta del páncreas trata de compensar esta resistencia aumentando la cantidad de insulina que es secretada. En algunos casos, con el tiempo, la secreción de insulina resulta incapaz de compensar la resistencia creciente, lo que conduce al agotamiento del páncreas. ⁽²⁵⁾

Se dispone de evidencias considerables a favor de cada una de las anteriores teorías. Así, a favor de la primera existen diversos estudios en pacientes con DM2 que muestran alteraciones en la secreción, pero normalidad en la acción de la insulina. ⁽²⁶⁾ La segunda se apoya en otros estudios donde se muestra la existencia de resistencia a la acción de la insulina (en presencia de un metabolismo de la glucosa normal) en parientes en primer grado de pacientes con DM2. ⁽²⁷⁾

Lo visto con anterioridad muestra que, es ampliamente aceptado, que en la DM2 se dan alteraciones tanto en la secreción de insulina, como en su acción; si bien, continúa la controversia sobre la primacía de estos factores en las alteraciones metabólicas asociadas a la DM2. ⁽²⁸⁾

Tratamiento

El control de la glucemia mejora en muchos pacientes diabéticos cuando bajan de peso y perseveran con un programa de ejercicio. Sin embargo, son raros los pacientes cuya diabetes se controla completamente con la dieta y ejercicio, sobre todo de manera prolongada. Algunos pacientes no son capaces de superar los patrones antiguos de alimentación excesiva ni una vida sedentaria. En otros, la fisiología de su enfermedad progresiva interfiere con sus mejores intentos. Todos estos pacientes requieren de medicamentos, y el hecho de contar con varias clases de fármacos como alternativas es una gran ventaja. Los factores que hay que tener en cuenta son el peso corporal, el perfil de lípidos, la respuesta a otros fármacos antidiabéticos, otras enfermedades y el control actual de la glicemia. ⁽²⁹⁾

Los cambios en los hábitos de vida, como la modificación de la dieta, el ejercicio, la pérdida de peso y la superación del cigarrillo, han mostrado tener un efecto positivo sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular. Diversos estudios clínicos indican que los hipoglucemiantes orales, especialmente los nuevos secreta gogos no insulínicos, pueden ser útiles en el retraso de la prevención de la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico cardiovascular. (30, 31)

El óptimo control de la glucemia en este grupo de pacientes permite la reducción de las complicaciones microvasculares y macrovasculares. Además, la utilización de agentes sensibilizadores a la insulina permite tener la resistencia insulínica sin necesidad de utilizar exógena ni de estimular la producción endógena de la misma. (31, 32, 33)

Clásicamente se han considerado tres pilares fundamentales en el tratamiento de la DM: dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico. (25) Como para conseguir un adecuado equilibrio de estos tres componentes resulta esencial la colaboración del paciente, hoy en día se considera como fundamental un cuarto componente dentro del tratamiento de la DM, sería la educación diabetológica del paciente. De manera, que será difícil conseguir que el paciente cumpla una dieta, medicación y ejercicio físico adecuado sin que previamente se informe adecuadamente a éste de la importancia de estos componentes, consiguiendo de su parte una motivación positiva en el sentido de hacerlo responsable de su tratamiento. (25)

Durante las visitas de seguimiento del paciente con DM deberá revisarse el plan de tratamiento del enfermo, estableciendo que objetivos se han alcanzado e identificando los problemas potenciales que dificultan su consecución. Los principales aspectos a revisar, incluyen: el control de la glucemia a partir del autocontrol que realiza el enfermo, complicaciones diabéticas, perfil lipídico, nutrición, episodios de hipoglucemia, frecuencia de práctica de ejercicio físico (25)

En aquellos pacientes que tras un período de tres meses de tratamiento dietético, de práctica de ejercicio físico y educación sobre su enfermedad no se observa una mejoría razonable en su glucemia, de acuerdo con los objetivos individuales establecidos, deberá incorporarse el tratamiento farmacológico a su plan de tratamiento (25,34,35). Como ya se ha señalado, los fármacos deben ser utilizados como medio para aumentar los efectos de la dieta y del ejercicio físico, y no como medio para reemplazarlos. (35)

La selección del tratamiento se basará en el conocimiento de la alteración metabólica subyacente y el estado funcional de la secreción de insulina. ^(25,36) El tratamiento con antidiabéticos orales (en mono terapia o asociación) sólo se muestra eficaz mientras que las células beta pancreáticas mantienen cierta capacidad secretoria de insulina; como consecuencia de esta disminución en la capacidad de secretar insulina, que forma parte de la progresión natural de la enfermedad, puede ocurrir, que el tratamiento farmacológico con el que se ha conseguido un excelente control de la glucemia, puede con el tiempo ser inadecuado. ⁽²⁵⁾

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la alteración de la salud, sino en un proceso de rehabilitación, esto depende si la familia es disfuncional, o por el contrario es funcional y cuente con unos recursos adecuados de soporte social. La familia es la mas antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar. ⁽¹⁾

Se define como apoyo emocional a las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo, en suma, se trata de expresiones de amor, de brindar ánimos, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación, interés, dar afecto y consolar. ⁽³⁷⁾

Un paciente con adecuado apoyo familiar, no solo tendrá mejor estado de ánimo, sino también un mejor estado inmunológico que le permitirá defenderse más adecuadamente de una enfermedad que es inmunodepresiva por naturaleza. Por tal motivo es el apoyo emocional es un factor muy importante en la evolución favorable de los pacientes. ⁽³⁸⁾

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación.

Estas tres herramientas son utilizadas en enfermería cuando se realiza la valoración del individuo desde el modelo de Callista Roy, cuando se requiere un enfoque del modo psicosocial. Para el rol utilizamos el familiograma, en la interdependencia del ecomapa y para el auto concepto utilizamos el Apgar. ^(39, 40, 41, 42)

En otro sentido, el APGAR familiar es un instrumento de medición del funcionamiento familiar, que refleja de que forma recibe apoyo el paciente por parte de su familia. ^(1, 26)⁴² Cabe mencionar que el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica y en la menor incidencia de las hospitalizaciones o complicaciones tal como ha sido reflejado en estudios realizados a pacientes portadores de diabetes Mellitus e insuficiencia renal crónica. ^(43, 44)

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores a sus hijos; lo cual explica el proceso que acontece desde que se reconoce una hasta que se cura o desaparece esta. ⁽⁴⁵⁾

Se define como familia sana aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y por lo tanto normo funcional, una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital el que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno. ⁽⁴⁶⁾

Este equilibrio de la familia puede alterarse ante las crisis paranormativas como la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, que la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar el equilibrio de nuevo de la salud familiar. ⁽⁴⁷⁾ De lo anterior entendemos que no solo el seguimiento en el tratamiento y la realización de diversas intervenciones, vendrán a garantizar la calidad de vida de nuestro paciente, sino también, debemos agregar el apoyo que la familia brindaría y que sin duda, desempeña pues un papel importante en el mejoramiento del estado de salud, así como en la prevención de recaídas condicionadas por agentes oportunistas que son frecuentes en esta enfermedad. ⁽⁴⁸⁾

Para evaluar la función familiar se utiliza *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III) en su versión al español, el cual contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. *Niveles de cohesión*: No relacionada o dispersa, 10 a 30, Semirrelacionada o separada, 31 a 35, Relacionada o conectada, 36 a 40, Aglutinada, 41 a 50.

La tesis central es que las familias que obtienen puntuaciones equilibradas funcionan mas adecuadamente que las familias con puntuaciones extremas. Esta hipótesis se sustenta en que las familias con puntuaciones extremas en ambas dimensiones tienen mayor dificultad para hacer frente al estrés. (49, 50, 51, 52, 53)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9 % en las poblaciones urbanas y de 3.2 % en las rurales.¹ Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan.⁽⁵⁴⁾

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.⁽⁵⁵⁾

La participación activa y la convivencia adecuada de la familia del paciente diabético en su tratamiento, tendrá como resultado un mejor control de nuestros pacientes, lamentablemente, para que esto se lleve acabo es necesario un núcleo familiar funcional, sin embargo según estudios realizados en nuestro país, reportan un 24% de disfuncionalidad familiar.^(56, 57)

Por lo mencionado anteriormente, si el entorno familiar de los pacientes diabéticos se encuentra disfuncional, abra menor apego a su tratamiento, lo cual representa mayor demanda de los servicios de salud, mayores gastos, mayor deficiencia en la calidad de vida, por lo cual es importante determinar ¿cuál es la prevalencia de disfunción familiar en las familias de los pacientes derechohabientes, atendidos en la consulta externa de medicina familiar en la clínica Hospital General de sub. Zona numero 30, en Guamúchil, Sinaloa, México?

JUSTIFICACION

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.⁽⁴⁹⁾

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.⁽⁵⁰⁾ 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.⁽⁵¹⁾ Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. ⁽⁵²⁾

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.^(53, 58) El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.⁽⁵⁹⁾

Puesto que la Diabetes Mellitus requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. 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. ⁽⁶⁰⁾

Gran parte de los pacientes diabéticos son población económicamente activa, ocasionando grandes repercusiones sociales y financieras dado al gasto de su tratamiento y complicaciones. La contribución del equipo de salud para mejorar el control de la Diabetes Mellitus, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial sobre el núcleo familiar del paciente. Cada enfermo tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida. El aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.⁽⁶¹⁾

Por lo tanto el tratamiento de estos pacientes debe ser multidisciplinario, interviniendo el equipo del área de la salud, la familia y el paciente mismo, quien al estar informado sobre la patología de la que es portador, tendrá un mejor control de esta. Es por ello que nos motivo a realizar este estudio en la población derechohabiente de esta unidad hospitalaria, para obtener datos reales y locales sobre la situación de las familias de los pacientes diabéticos que atendemos ya que no contamos con epidemiología local ni regional sobre esta, que es parte de la diabetes que es un problema de salud pública, y que ha costado la vida, así como la presencia de las complicaciones tardías de la Diabetes a los pacientes mal controlados en un plazo mas corto, siendo este el primer paso para un consecuente abordaje e intervención de una manera complementaria a los pacientes y sus familias.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

-Determinar la prevalencia de disfunción familiar en las familias de pacientes diabéticos atendidos en el hospital General de Sub. Zona No. 30 de Guamúchil, Sinaloa.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Identificar el género y grupo étnico con mayor presencia de Diabetes Mellitus.
- Describir el estado civil, escolaridad y ocupación más frecuentes en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2.
- Describir la población diabética según su tiempo de evolución con la enfermedad.
- Identificar la correlación entre disfunción familiar y adherencia al tratamiento médico farmacológico (medicamentos-actividad física), así como el control metabólico valorando la glicemia sanguínea.
- Identificar la frecuencia de la presencia de consumo de tabaco y alcohol en estos pacientes.
- Clasificar a las familias de los pacientes diabéticos según el grado de disfunción arrojado por el cuestionario de APGAR y la cohesión y adherencia según el cuestionario de FACES III.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Estudio Descriptivo.

Diseño de investigación: Encuesta descriptiva: Observacional, prospectiva, transversal.

Población en estudio: Pacientes diabéticos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la unidad de medicina familiar.

Área de estudio: Endocrinología y Medicina Familiar.

Ubicación tiempo-espacio: enero a junio de 2009, el estudio se realizó en las instalaciones de la Clínica-Hospital General de sub zona número 30, ubicado en la ciudad de Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa.

Muestra:

Tipo de muestra: Aleatoria simple, con selección de los pacientes al azar por conveniencia, según acudieron a la consulta al consultorio de medicina familiar hasta completar la muestra.

Nivel de confianza (alfa) del 95% y error (OR) \pm 5%.

Tamaño de la muestra: fue de 232 pacientes, que corresponden al 15% de la población diabética total. Se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = \frac{2238 * (1.96 * 1.96) * 0.05 * 0.95}{(0.03 * 0.03) * (2238 - 1) + (1.96 * 1.96) * 0.05 * 0.95} = \frac{203}{1} =$$

Criterios de inclusión:

- Se incluyeron pacientes que padecen Diabetes Mellitus, ya sea tipo 1 ó Diabetes Mellitus tipo 2.
- Que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la Clínica-Hospital número 10.
- Que se encuentren bajo tratamiento médico.

Criterios de exclusión:

- pacientes con retraso psicomotriz o secuelas que le impidan participar en la encuesta.

Criterios de eliminación:

- Se eliminarán encuestas incompletas.

Variables: (Tipo y escala de medición) con definición conceptual y operacional de

<i>Variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición conceptual y Escala de medición</i>	<i>Descripción operacional</i>
Sexo	De interés primario	Señalar la opción que corresponda	Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos las características anatómicas y cromosómicas. Expresión de la identidad del genero de una persona, imagen que una persona presenta a si misma y ante los demás y que muestra su masculinidad y feminidad. (0=femenino, 1=masculino)	Nominal
Edad	De interés secundario	Respuesta en cifras	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.(20-70 años)	Numérica
Tiempo de evolución	De interés secundario	Respuesta con numero de años	Tiempo transcurrido desde que se le da el diagnostico de diabetes Mellitus al paciente.	De relación
Diagnostico	De interés secundario	Se registrara si es diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2	Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo, siguiendo un razonamiento analógico.	Nominal
Estado Civil	De interés secundario	Registrarse es soltero, casado, viudo, separado, unión libre	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.	Nominal
Escolaridad	De interés secundario	Registrar si tiene primaria incompleta, primaria, secundaria, bachillerato o profesional.	Nivel académico que curso la persona entrevistada.	Nominal

Tipo de familia	De interés secundario	Registrar si es nuclear o compuesta	La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.	Nominal
-----------------	-----------------------	-------------------------------------	--	---------

Instrumento de recolección de datos:

-Se aplicó una encuesta compuesta por un cuestionario con datos de identificación del paciente, donde se registró número de afiliación, nombre, sexo, edad, tiempo de evolución con diagnóstico de diabetes, diagnóstico, ocupación, estado civil, escolaridad y tipo de familia. Un segundo cuestionario que incluye los siete reactivos para valorar el APGAR familiar con el cual se valoró la funcionalidad familiar, clasificándola como disfunción grave al obtener un puntaje de 0 a 6 puntos, como disfunción moderada de 8 a 12 puntos y familia funcional de 12 a 20 puntos. Un segundo cuestionario para valorar el instrumento FACES III compuesto de 20 reactivos, con el que se midió la cohesión y adaptabilidad familiar.

Método para la recolección de datos:

-Se aplicó la encuesta de manera directa por el responsable del proyecto a los pacientes diabéticos que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, se tomó de los pacientes para obtener las cifras de glucosa sérica.

Procedimiento estadístico:

-Se revisaron los cuestionarios para obtener los puntajes de cada uno y se capturaron junto con las demás variables en el programa estadístico SPSS 13 obteniendo medidas de tendencia central y dispersión, la prevalencia de disfunción familiar, así como la correlación de las variables al obtener una significancia estadística del 95% cuando la $p < 0.05\%$ entre ellas mismas. Las cifras obtenidas se graficaron en el programa de Excel de Microsoft Office.

Cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA
Elaboración de protocolo.	Marzo-julio 2008
Aprobación del protocolo.	Febrero-Marzo 2009
Recolección de las Variables	Abril-Agosto 2009
Procesamiento estadístico.	Septiembre 2009
Interpretación de los resultados.	Octubre 2009
Redacción del in extenso	Enero a junio 2010
Entrega del Proyecto	Agosto de 2010

Descripción de recursos utilizados:

Humanos

- Responsable del proyecto.
- Asesor estadístico.

Materiales

- Papelería: hojas blancas, copias fotostáticas, carpetas, plumas, lápices, borradores, impresiones, engargolados.
- Equipo electrónico: Equipo de cómputo e impresora.
- Destroxitis.

Físicos

- Consultorio medico equipado.

Financieros

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Copias	200	0.50	100.00
Impresión Protocolo	4 juegos	90.00	460.00
Plumas, lápices, borradores	2 de cada una	3.00	18.00
Carpetas	10	2.00	20.00
1 Equipo de computo	1	personal	No genera gastos
1 impresora	1	Personal	No genera gastos
Engargolado de protocolo	4	25.00	100.00
Destroxitis, lancetas, torundas	250 de cada uno	Institucional	No genera gastos

Total: \$698.00

-Se financiaron con recursos propios del responsable del proyecto.

Consideraciones éticas.

-Se respetara la individualidad y la integridad de los pacientes al no revelar ni hacer mal uso de los datos registrados en los expedientes Clínicos del archivo clínico.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con ultima reforma publicada 12/01/2006 y al Código de la declaración de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

Se entregara formato de consentimiento informado al paciente para ser requisitado y anexarlo a la encuesta previa información del proyecto por el entrevistador.

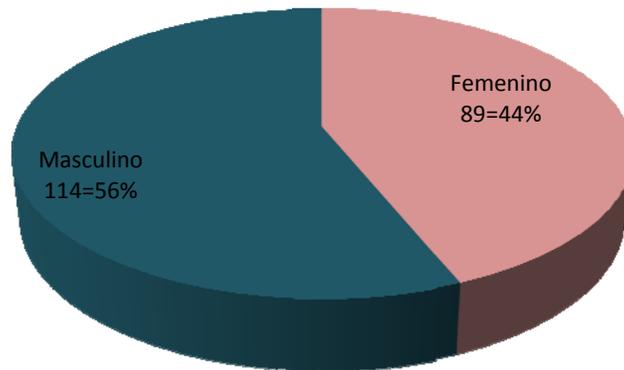
RESULTADOS

Se encuestaron 203 pacientes diabéticos, el 56% (n=114) corresponde al sexo masculino, 46% (n=89) al sexo femenino. (Gráfico y tabla No.1)

Tabla No.1.- Distribución de pacientes diabéticos por género.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	89	44%
Masculino	114	56%

Fuente: datos arrojados por las encuestas.

Gráfico No. 1: Distribución de pacientes diabéticos por género.

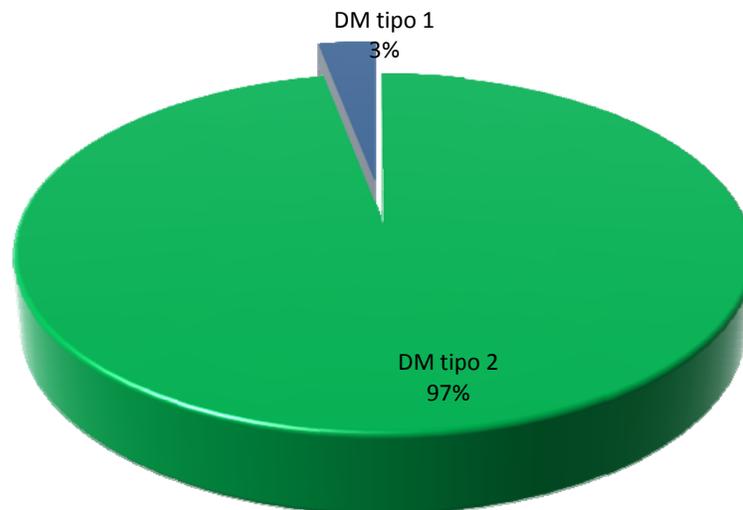


La distribución por tipo de diabetes corresponde en un 97% (n=197) a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, el 3% al tipo 1 (n=6). (Gráfico y tabla No.2)

Tabla No.2.- Distribución de pacientes Según tipo de Diabetes Mellitus.		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
DM tipo 2	197	97%
DM tipo 1	6	3%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 2: Distribución de pacientes por tipo de diabetes.



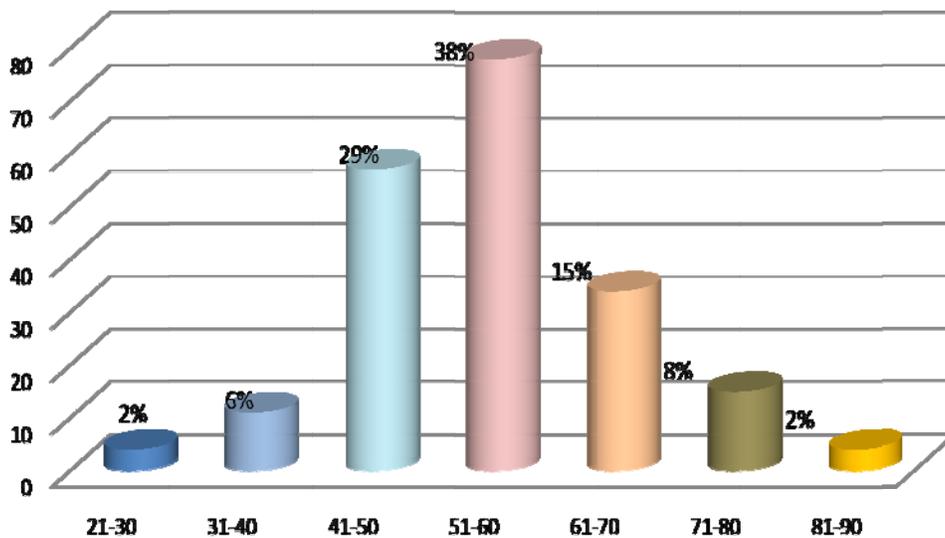
La edad promedio fue de 46 (DS \pm 9 años), la distribución por grupos de edad fue de 2% de 21-30 años, 6% de 31-40 años, 29% de 41 a 50 años, 38% de 51 a 60 años, 15% de 61-70 años, 8% de 71-80 y 2% de 80 y mas años. (Gráfico y tabla No.3)

Tabla No.3.- Distribución de pacientes por grupos de edad.

Intervalo	Frecuencia	Porcentaje
21-30	4	2%
31-40	11	6%
41-50	57	29%
51-60	78	38%
61-70	34	15%
71-80	15	8%
81-90	4	2%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 3: Distribución de pacientes por grupo de edad.

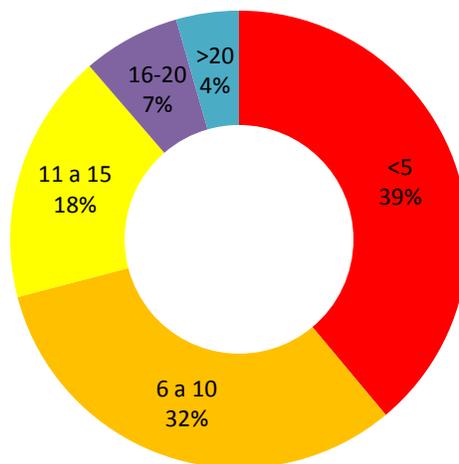


El 39% de los pacientes tuvo menos de 5 años de evolución con Diabetes, el 32% de 6 a 10 años de evolución, 18% de 11 a 15 años, 7% de 16 a 20 años, 4% mas de 20 años de evolución. (Gráfico y tabla No.4)

Tabla No.4.- Distribución de pacientes según el tiempo de evolución con Diabetes Mellitus.		
Intervalo en años	Frecuencia	Porcentaje
<5	79	39%
6 a 10	65	32%
11 a 15	36	18%
16-20	14	7%
>20	9	4%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas

Gráfico No. 4: Distribución por tiempo de evolución en años.

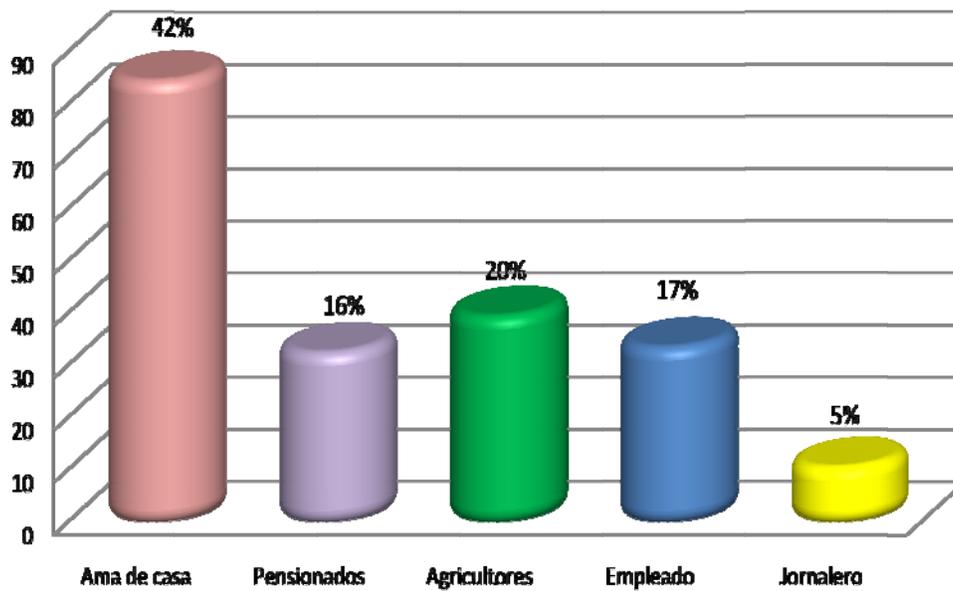


La distribución por ocupación fue 42% para amas de casa, 16% pensionados, 20% agricultores, 17% empleados, 5% jornaleros. (Gráfico y tabla No.5)

Tabla No.5.- Distribución de pacientes por ocupación.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	85	42%
Pensionados	33	16%
Agricultores	40	20%
Empleado	34	17%
Jornalero	11	5%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 5: Distribución por ocupación.



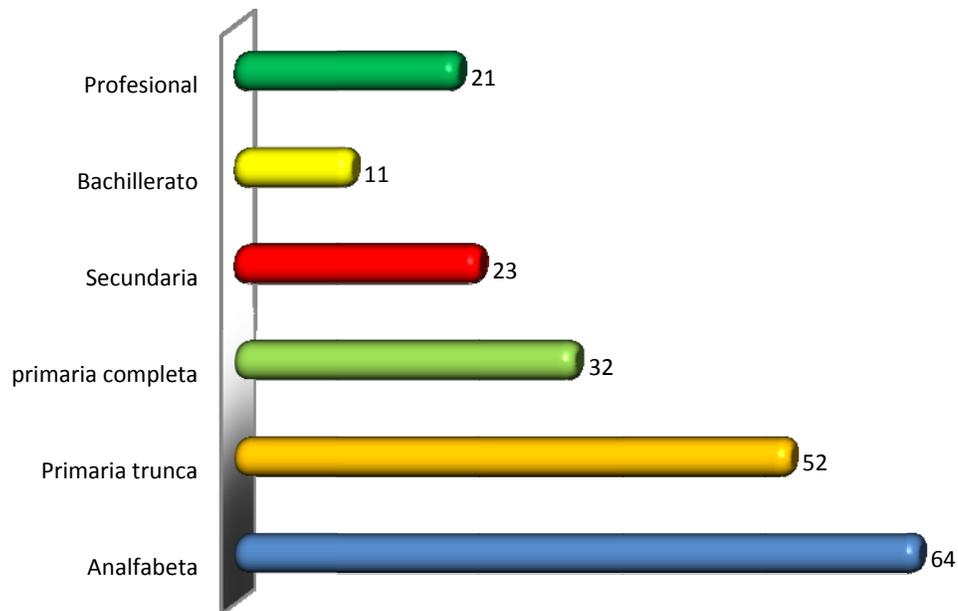
La escolaridad quedo distribuida como sigue: 31% es analfabeta, 27% con primaria trunca, 16% primaria completa, 11% secundaria, 5% bachillerato y 10% con estudios profesionales. (Gráfico y tabla No.6)

Tabla No.6.- Distribución de pacientes por escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	64	31%
Primaria trunca	52	27%
primaria completa	32	16%
Secundaria	23	11%
Bachillerato	11	5%
Profesional	21	10%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 6: Dstribución de pacientes diabéticos por escolaridad.

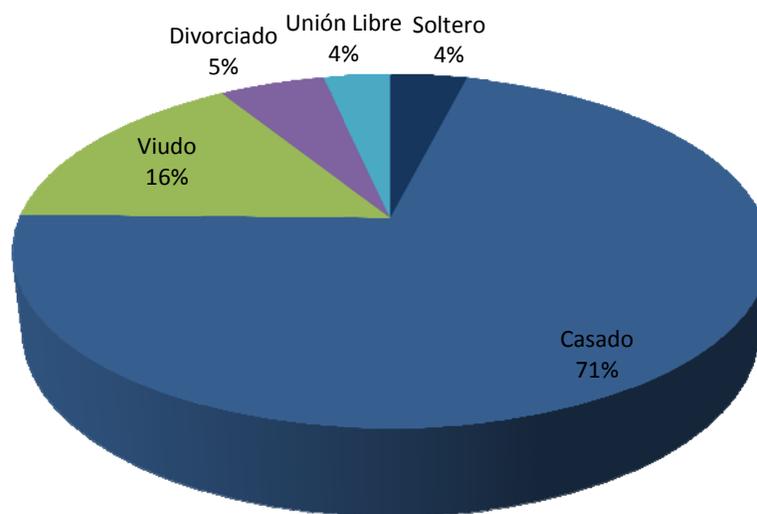


La distribución de pacientes por estado civil fue: 4% son solteros, 71% casados, 16% viudo, 5% divorciado, 4% en unión libre. (Gráfico y tabla No.7)

Tabla No.7.- Distribución de pacientes según estado civil.		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	4%
Casado	145	71%
Viudo	32	16%
Divorciado	11	5%
Unión Libre	7	4%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No.7: Distribución por estado civil.



En cuanto a la presencia de toxicomanías, el 39% de los hombres consumen tabaco (n=45) y 13% de las mujeres (n=15). 88% de los hombres consumen alcohol (n=92) y el 7% de las mujeres (n=7). (Gráfico 8, 9 y tabla No.8)

Tabla No.8.-Distribución de pacientes por género y consumo de tabaco y alcohol.

Consumo de Tabaco		Positivo	Negativo
		Hombres	45
Mujeres	15	74	
Consumo de Alcohol		Positivo	Negativo
		Hombres	92
Mujeres	7	91	

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 8: Distribución por género y consumo de tabaco.

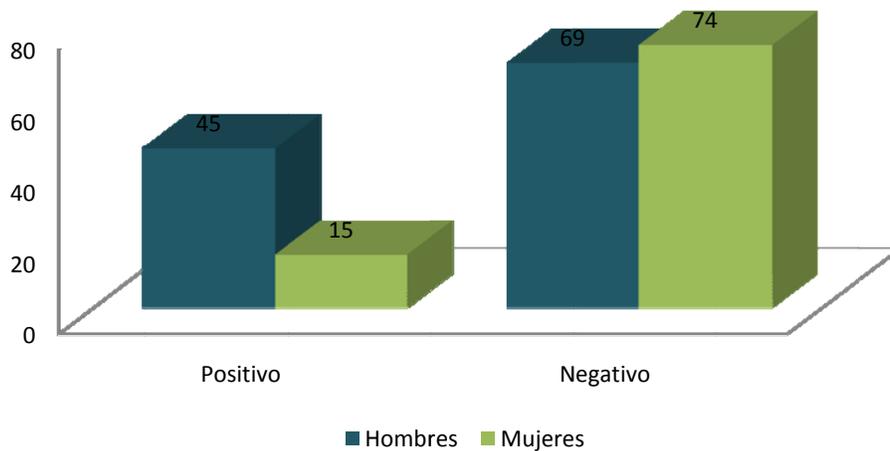
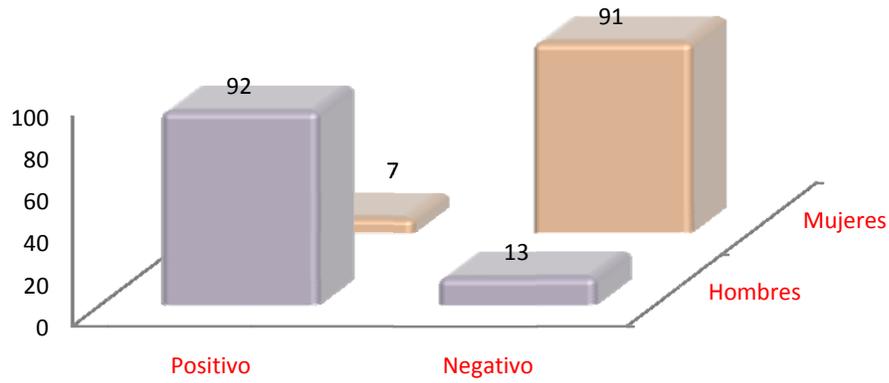


Gráfico No. 9: Distribución de pacientes por género y consumo de alcohol.



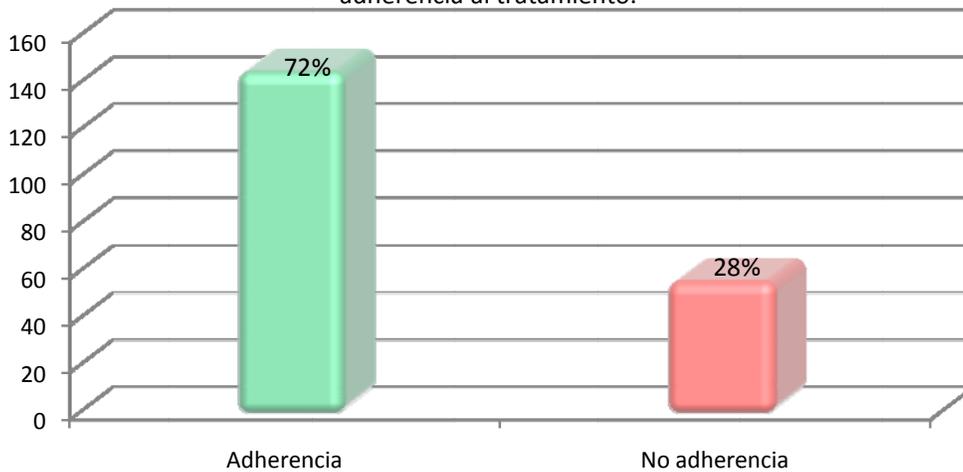
El 72% (n=150) de los pacientes tiene adherencia al tratamiento medico farmacológico. $P < 0.05$ al correlacionar con funcionalidad familiar. (Gráfico 10 y tabla No.9)

Tabla No.9.- distribución de pacientes según adherencia al tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia	146	72%
No adherencia	57	28%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 10: Distribucion de pacientes por adherencia al tratamiento.

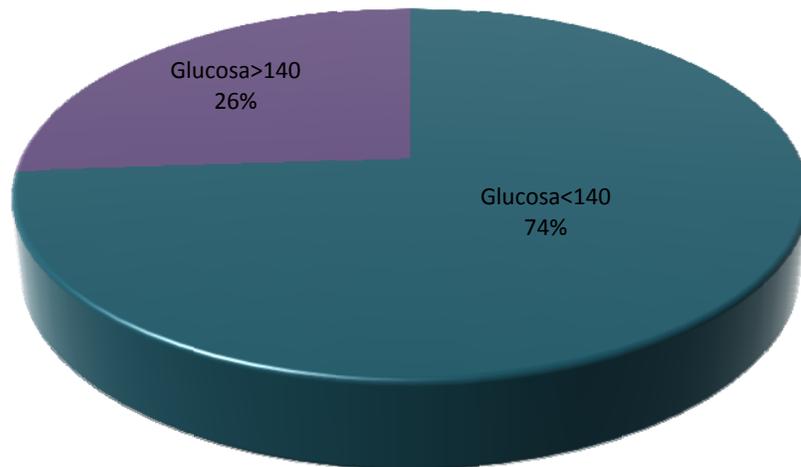


El 74% de los pacientes presentan cifras de glucosa sérica <140 mg/dl. $P < 0.05$ al correlacionar con funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico y realización de actividad física. (Gráfico 11, tabla No.10)

Tabla No.10.- Distribución de pacientes según niveles de glucosa sérica.		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Glucosa<140	150	74%
Glucosa>140	53	26%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No.11.- Distribución de pacientes según niveles de glucosa sérica.



El 53% de las familias presenta disfunción familiar, de la cual el 32% es moderada y el 21% es grave, 47% de las familias son funcionales. (Gráfico 12, 13 y tabla No.12)

Tabla No. 12.- Distribución de pacientes según funcionalidad familiar.

Funcionalidad	Porcentaje
D. grave	21%
D. moderada	32%
siin disfuncion	47%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfica No. 12: Distribución de familias de pacientes diabéticos según funcionalidad, utilizando el Apgar familiar.

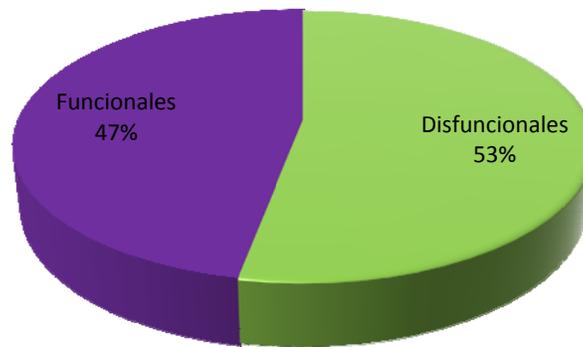
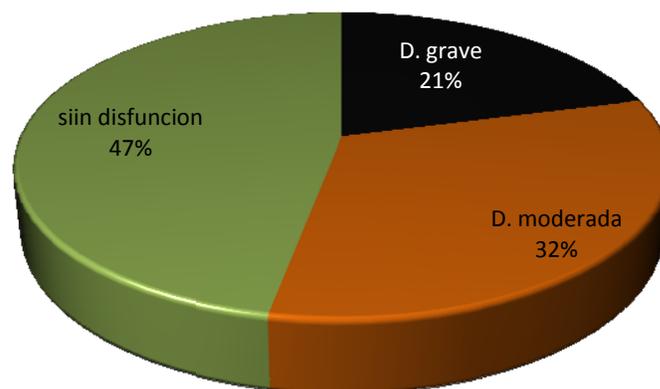


Gráfico No. 13: Distribución de familias según resultados arrojados por cuestionario de APGAR.

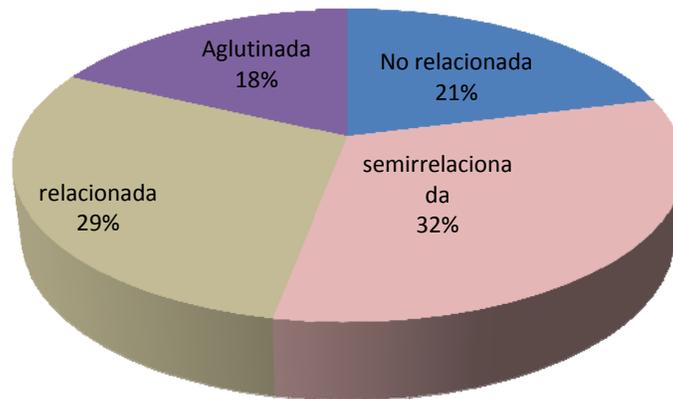


La valoración de la cohesión y adherencia con Faces III reporta 21% de familias no relacionada, 32% semirrelacionada, 29% relacionada y el 18% aglutinada. (Gráfico No. 14 y tabla No.13)

Tabla No.13.- Distribución de familias según resultados arrojados por el cuestionario FACES III.	
Resultado	Porcentaje
No relacionada	21%
semirrelacionada	32%
relacionada	29%
Aglutinada	18%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas.

Gráfico No. 14: distribución de familias según resultados arrojados por cuestionario de Faces III.



DISCUSIÓN

Existen estudios realizados utilizando el Apgar Familiar como instrumento de medición dentro de la familia aplicados a pacientes diabéticos, encontrándose que el ambiente dentro del que se ven involucrados, tiene gran influencia en el control de su patología de fondo, ya que de esa manera el enfermo verá modificada su conducta, o aumentara su interés o motivación en base a la convivencia adecuada o inadecuada con su familiar. Estos estudios reportan un 56% de funcionalidad familiar.^(44, 45) Observamos que la familia juega un papel de vital importancia en el paciente diabético.

El promedio de edad pone de manifiesto el impacto que esta enfermedad tiene en la población económicamente activa con las implicaciones sociales y financieras que ello significa, dado que el 61% de la población tiene mas de cinco años de evolución de la enfermedad, lo que incrementa el riesgo de complicaciones propias de esta entidad clínica. Es muy evidente que la educación para la salud desempeña un papel fundamental en las enfermedades ya que posibilita un mejor control de las mismas, con la participación decidida de los pacientes y de sus familiares.

El grupo para atender a estos pacientes de manera integral debe ser multidisciplinario, incluyendo a todos los integrantes de la familia en su aspecto emocional, social, económica, física y las repercusiones que para el paciente y su familia implica el tratamiento de una enfermedad crónica y en su momento será terminal.⁽⁴⁶⁾

Padecer diabetes no es sinónimo de muerte, las complicaciones secundarias a esta son tratables y sobre todo prevenibles con un adecuado manejo de la patología, pero haciendo mayor énfasis una vez mas en que el equipo de salud de primer contacto son quienes juegan un papel principal, ya que la educación del paciente y familiar diabético, así como a la población en general de manera intensiva lograra cada vez mas ir modificando la perspectiva y conducta de la población, por eso el interés de las instituciones de salud en realizar las campañas masivas de información, prevención y detección de pacientes en riesgo de desarrollar este grupo de patologías crónicas y degenerativas, que tienen un alto costo monetario institucional así como la morbimortalidad en los pacientes afectados por ella.

Se discute que debe haber un mejor manejo de la información de la diabetes para la sociedad en general, pero con mayor cobertura para el entorno familiar de pacientes afectados, por lo que

tanto paciente como familiares deben ser abordados y orientados por el personal capacitado para una orientación de la funcionalidad familiar y el rol que deben asumir cada uno de los integrantes para brindar apoyo al paciente. La familia como grupo de apoyo debe estar abierta para asumir y aceptar la trayectoria de esta enfermedad en uno de sus integrantes, además de buscar espacios, donde el vínculo familiar se fortalezca con el paciente, con el objeto de brindar una mejor calidad de vida.

La adherencia al tratamiento farmacológico y a las medidas higienicodietéticas es el objetivo del tratamiento otorgado por el médico, el abordaje, estímulo y orientación adecuada son de gran importancia para que el paciente lo lleve a cabo, sin embargo si el vínculo familiar es disfuncional, influirá en que el paciente continúe practicando sus hábitos inadecuados y que continúan afectándole, como es el caso en este estudio donde siguen consumiendo tabaco, alcohol, y a adherencia al tratamiento esta presente en la tercer parte de la población diabética.

El porcentaje de pacientes con niveles sanguíneos aceptables de glucosa es mayor a los que corresponden a funcionalidad familiar, concordando la correlación entre las variables de funcionalidad familiar, niveles de glucosa, adherencia al tratamiento y la realización de actividad física como parte del tratamiento médico farmacológico al obtener $P < 0.05$.

CONCLUSIONES

En este estudio la prevalencia de disfunción familiar es del 53% de la población estudiada, los pacientes que tienen adherencia al tratamiento y una evolución favorable forma parte del grupo con funcionalidad familiar. El presente estudio demuestra que el problema de la diabetes Mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

No sólo el conocimiento acerca de lo que es la enfermedad por parte del paciente y los aspectos relacionados con la dieta, complicaciones y control médico, llevan a un buen control de la enfermedad.

75% de la población afectada es población económicamente activa, lo que tiene gran impacto ya que la mayoría de ellos son los responsables directos del ingreso económico de su familia. Se debe aplicar mayor énfasis y continuar de manera intensiva con la educación para la salud y las medidas preventivas y de detección oportuna de la Diabetes Mellitus.

Se debe abordar al grupo familiar por parte del equipo multidisciplinario para aclarar todas las dudas y brindar orientación sobre una mayor y pronta aceptación y asimilación de la enfermedad y tener como resultado una mayor funcionalidad familiar.

La aplicación de estas dos herramientas de evaluación familiar nos demuestra que son aplicables a la muestra estudiada, los resultados obtenidos son la pauta para realizar estudios posteriores en este grupo de pacientes para un abordaje con mayor auge y multidisciplinario para un control y manejo con mayor eficacia, dirigiendo mayor enfoque en los pacientes que presentan mayor disfunción familiar y menos cohesión y adherencia familiar con el fin de realizar una intervención adecuada y oportuna cuyo fin será mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes diabéticos y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Arias-Lilian, Herrera-Julian A. Apgar familiar en el cuidado primario a la salud. Colombia Medica 1994; 8:25-26.
- 2) Montoro P. La diabetes y su control. Murcia: Universidad de Murcia; 1991.
- 3) Declaración de las Américas sobre Diabetes. Panam Health Org Bull. 1996; 30 (3):261-5.
- 4) Harrison IM, Foster DW. Diabetes mellitus. En: Isselbacher KJ ed. Harrison's Principles of Internal Medicine. 13 ed. New York: McGraw-Hill; 2000.
- 5) Araúz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosillo M, Gosman S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes, en el ámbito de la atención primaria. Rev. Panam Salud Pú. 2001; 9(3):30-4.
- 6) Secretaría de Salud. Morbilidad 1984-2002 en México. Versión en CD.
- 7) Secretaría de Salud. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 2000. Salud Pública Mex 2001;43:494-510.
- 8) Araúz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosillo M, Gosman S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes, en el ámbito de la atención primaria. Rev. Panam Salud Pú. 2001; 9(3):30-4.
- 9) Garito LL, Rueda A. Curso de educadores en diabetes. USA: Unidad de diabetes de los laboratorios Lilly. S.A; 1999.
- 10) Lennon GM, Taylor KG, Debney, Barley C J. Knowledge, attitudes, technical competence and blood glucose control of type I diabetic patients during an after education program. Diabetic Med. 1997;7:825-32.
- 11) Zuniga S, Islas S. Educación del paciente diabético. Rev Med IMSS. 2000; (3):187-191.
- 12) Hiss R. The activated patients: a force for change in diabetes health care and education. Diabetes Educ 1986; 12 (suppl): 225-23.
- 13) García R. A diabetes education programme based on an interventional patient centred approach: the Cuban experience. West Indian Med. 1999;4B(suppl 1):1.
- 14) Karlsson J.A. Psychosocial aspects of disease duration and control in young adults with type I diabetes. Clin Epidemiol. 1988;41(5):435-40.
- 15) Rodríguez Moran M, Gerrero J.F. Importance of family support in the control of glycaemia. Salud Pública Méx. 1997; 39: 44-7.
- 16) De la Revilla L. Conceptos, instrucciones e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: DOYMA; 2000.
- 17) Junta de Andalucía. Guía de atención a la salud del anciano. Andalucía: Consejería de salud;

1997.

18) Moncada E. Educar en Diabetes. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1998. Programa Nacional de Prevención y control de la Diabetes Mellitus. La Habana:[s.l.]; Mayo.2002.

19)) Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, y Kurt J. Isselbacher, Eds. Harrison principios de medicina interna en español. 16 ed. Parte XIV. Endocrinología y metabolismo. Sección 1, capítulo 233. diabetes Mellitus págs.11371-11474.

20) Domar L. A community survey of diabetes in the elderly. Diabetes Med.1992 Nov;9 (9):860-5.

21) Alberti KG et al. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part I. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. Diabetic Med 1998; 15: 539-53.

22) Diabetes mellitus tipo 2: tratamiento. Bol Ter Andal Monogr 1999. nº 15.

23) The role of newer insulins in diabetes. MeRec Bullv2007; 17(4): 1-13. Disponible en http://www.npc.co.uk/ebt/merec/cardio/diabetes1/resources/merec_bulletin_vol17_no4_main.pdf

24) Hernández E et al. Nuevos criterios en la clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus (editorial). Aten Prim 1999; 23(3): 107-9.

25) American Academy of Family Physician. Diagnosis and management of type 2 diabetes (monograph) www.aafp.org/afp/monograph/199901/text.html

26) Banerji M et al. Insulin-sensitive and insulin resistant variants in NIDDM. Diabetes 1989; 38: 784-92.

27) Eriksson J et al. Early metabolic defects in persons at increased risk for non-insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1989; 321: 337-43.

28) Evans A et al. Benefits and risks of transfer from oral agents to insulin in type 2 diabetes mellitus. Drug Saf 1999; 21(1): 7-22.

29) Robert Henry Prevencion cardiovascular en la intolerancia a la glucosa. El control de la glucemia en la diabetes tipo 2 y en el síndrome dismetabolico cardiovascular permite reducir las complicaciones microvasculares y macrovasculares. The American Journal of Medicine 105(1A):20S-26S, 1998-SIIC.

30) The Diabetes Control and Complications Trial Reserch Group: The Efecct of intensive Treatment of Diabetes on the Development and progresión of Long-term complications in insulin-dependent Diabetes Mellitus. N Eng J Med 1993:329:997-86.

31) Valdez-Figueroa I de la A, Aldrete-Rodriguez MG, Alfaro-alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo M.S.P-1 septiembre-octubre de 1993, vol. 35, No.5

- 32) Aschner P, Chacra Ar. Conferencia sobre diabetes. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) 1999;324:657-86.
- 33) Ortiz-Goez MT, Louro-Bernal L, Jimenez Cangas L y Silva-AyzaquerLC. La salud familiar. Caracterización en un area de salud. Revista Cubana Medicina General Integrada. 1999;15(3):303-9.
- 34) American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 1996. The pharmacological treatment of hyperglycemia in NIDDM. www.diabetes.org/diabetescare/supplement/s54.htm
- 35) British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. British National Formulary: Number 37 (March 1999). London: The Association and the Society, 1999. p. 301-14.
- 36) Evans A et al. Benefits and risks of transfer from oral agents to insulin in type 2 diabetes mellitus. Drug Saf 1999; 21(1): 7-22.
- 37) Huerta-González José Luís. Estudio de la salud familiar, en programa de actualización continua en medicina familiar. D.F., México. Intersistemas editorial;1999, 56-58.
- 38) Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA, COENSIDA, 2003-2004.
- 39) Martinez, Navarro F. Salud Pública. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1998.
- 40) Mejía, Gómez Diego; Molina de Uriza Jackeline. Sistema de educación continua. Salud Familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá, Octubre de 1990.
- 41) Mejía, Gómez Diego; Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 1991.
- 42) Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
- 43) Real-Ruiz Claudia, Aguayo-Godínez Arnoldo, Santana Dolores. Impacto de la calidad de vida y dinámica familiar del cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Tesis de especialidad medicina familiar 2004.
- 44) Méndez-Lopez Dulce María, Gomez-Lopez Victor Manuel. Disfuncion familiar y control del paciente diabetico tipo 2. revista medica IMSS 2004; 42:281-284.
- 45) Rizo-Curiel Genoveva, Orozco-Mares Imelda. Apoyo social en relacion al tratamiento de las personas con SIDA. Investigación en salud 2002 2:23-32.
- 46) De La Revilla I. disfuncion familiar. Atención primaria 1992; 10: 582-583.
- 47) De La Revilla I. por que es necesaria la atención familiar. En concepto e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España. Editorial Doyma. 1994. 6-21.
- 48) Huerta-González Jose Luis Dr. Fartan-Salazar Dra. Estudio de la salud familiar. Programa de

actualización continua en medicina familiar. D.F.

49) Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983;21(4):348-357.

50) Saucedo-García JM, Foncerrada-MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS 1981;19(2):155-163.

51) Saucedo-García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS 1991;29(1):61-68.

52) Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Salud Publica Mex 1997;39(1):44-47.

53) Robles-Silva L, Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Publica Mex 1995;37(3):187-196.

54) Zúñiga-González S, Islas-Andrade S. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. Rev Med IMSS 2000;38(3):187-191.

55) Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Salud Publica Mex 1997;39(1):44-47.

56) Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Salud Publica Mex 1997;39(1):44-47.

57) Robles-Silva L, Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Publica Mex 1995;37(3):187-196.

58) Escobedo-De la Peña J, Santos-Burgoa C. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Publica Mex 1995;37(1):37-46.

59) Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994;32(1):39-43.

60) Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Publica Mex. 1993;35(5):464-470.

61) Méndez D, Gomes V, García M, Perez J, Navarrete A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42(4): 281-284.

ANEXOS

HOJA DE ENCUESTA

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA
CLINICA- HOSPITAL DE SUBZONA No. 30, GUAMUCHIL, SINALOA

No. De encuesta _____

1.-No. de afiliación: _____

2.-Nombre: _____

3.- Sexo: 1) Hombre 2) mujer 4.-Edad: _____

5.-Tiempo de evolución en años: _____

6.- Domicilio: _____

7.-ocupación: _____

8.-Diagnostico: 1) Diabetes tipo 1 2) Diabetes tipo 2

9.-Estado Civil: 1) soltero 2) Casado 3) Divorciado o separado

4) Viudo 5) Unión libre

10.-Tipo de familia: 1) Nuclear 2) Compuesta

11.-Escolaridad: 1)Primaria incompleta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Bachillerato
. 5)Profesional

CUESTIONARIO DE APGAR PARA MEDIR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	<input type="radio"/>				
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.	<input type="radio"/>				
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	<input type="radio"/>				
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.	<input type="radio"/>				
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.	<input type="radio"/>				
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)	<input type="radio"/>				
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?	<input type="radio"/>				

CUESTIONARIO INSTRUMENTO FACES III

FECHA _____
 NOMBRE _____ NSS _____
 EDAD _____ SEXO: M F OCUPACION _____
 ESCOLARIDAD: _____
 DOMICILIO _____ TEL _____

INSTRUCCIONES: Leer cuidadosamente la pregunta, responder con
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
3. aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
11. Nos sentimos muy unidos.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
14. En nuestra familia las reglas cambian.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
 La unión familiar es muy importante.
19. Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.
 Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas Veces (3) Casi Siempre (4) Siempre (5)

TOTAL DE PUNTAJE

APGAR: _____

CLASIFICACION: _____

FACES III: _____

CLASIFICACION: _____

CLASIFICACION FINAL: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CLINICA-HOSPITAL GENERAL DE SUB ZONA No. 30
GUAMUCHIL, SALVADOR ALVARADO, SINALOA.

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por el Dr. José Ortiz Bedoya, esidente de Medicina Familiar, sobre el propósito del protocolo de estudio PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA CLINCA-HOSPITAL DE SUB ZONA NUMERO 30, GUAMUCHIL, SINALOA, donde se respetara el anonimato de mi persona, asi como de mi familia y que toda información que genere será para beneficio en que los resultados derivados de la presente investigación nos servirán para intentar mejorar la calidad en la atención que otorgamos a nuestros pacientes.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

Firma o huella digital del paciente

Firma Testigo

Lugar y Fecha: _____