



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 2
“FRANCISCO J. MACIN DOMÍNGUEZ”
SALINA CRUZ, OAXACA.**

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DEL CONSULTORIO 01 VESPERTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 29, EL BARRIO DE LA SOLEDAD, OAX.**

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

PRESENTA:

DRA. EVELIA PEREZ MUÑOZ

SALINA CRUZ, OAX.

2010



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.

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DEL CONSULTORIO 01 VESPERTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 29, EL BARRIO DE LA SOLEDAD, OAX.**

PRESENTA:

DRA. EVELIA PEREZ MUÑOZ

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

**DR. ZOE ANTONIO CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
EN H.G.Z. N° 2, SALINA CRUZ, OAX.**

**DR. ZOE ANTONIO CRUZ
ASESOR DE TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR IMSS**

**DRA. MARIEN KARINA MUÑOZ TOLEDO
COORD. CLINICO DE EDUC. E INVEST. EN SALUD
H.G.Z. N° 2 SALINA CRUZ, OAX.**

**DR. RAFAEL ROJAS CARTAS
DIRECTOR DEL H. G. Z. N° 02, SALINA CRUZ, OAX.**

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DEL CONSULTORIO 01 VESPERTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 29, EL BARRIO DE LA SOLEDAD OAX.**

PRESENTA:

DRA. EVELIA PEREZ MUÑOZ

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

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

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE GENERAL:	PAGINAS
MARCO TÉORICO.	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
JUSTIFICACION.	8
OBJETIVOS.	10
METODOLOGIA.	11
RESULTADOS.	17
DISCUSION.	24
CONCLUSIONES.	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	28
ANEXOS.	31

MARCO TEÓRICO

Hoy en día existen enfermedades crónicas dentro de estas se encuentra la diabetes que es caracterizada por una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que ocurre por un defecto de la secreción o de la acción de la insulina que es segregada por el páncreas. (1)

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. De 1983 a 1995, la población de diabéticos en Estados Unidos aumentó de 11 a 16 millones (2). 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. (3, 4, 5)

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)

Teniendo la diabetes mellitus una prevalencia en México según la ENSA2000 de 8.7%. (7)

Siendo la diabetes mellitus un problema de salud pública, por su alta incidencia y prevalencia, así como sus diversas complicaciones, los sistemas de salud tratan de mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad. La importancia del factor familiar llama la atención en diversos investigadores, los cuales sostienen que una buena relación familiar favorece una mejor adaptación y control de la enfermedad. (8,9)

La familia y la diabetes pueden influirse mutuamente: la afección altera la vida familiar y le impone nuevos retos, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia que practique la persona enferma, condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento. (1,10)

La diabetes afecta a la persona pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes. (1)

En estudios previos se reporta la relación entre disfuncionalidad familiar y mal control metabólico en pacientes diabéticos

Dinámica familiar FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale)

Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circuplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. (11)

Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones.

La Escala de FACES III se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la *cohesión* y otros 10 la *adaptabilidad* mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento ("Familia Real"), sirven para evaluar cómo le gustaría que la misma fuese ("Familia Ideal") alterándose para ello la consigna inicial. Este instrumento fue traducido al español en 2001, validado y aplicado en

el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. ⁽¹²⁾ FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere. ^(13, 14) De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback.

La **calificación en Cohesión** es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones y el resultado puede ser una familia:

- No relacionada o dispersa, 10 a 34 puntos
- Semirrelacionada o separada, 35 a 40 puntos
- Relacionada o conectada, 41 a 45 puntos
- Aglutinada, 46 a 50 puntos

La **calificación en Adaptabilidad** es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares y el resultado puede ser una familia: ⁽¹⁵⁾

- _ Rígida, 10 a 19 puntos
- _ Estructurada, 20 a 24 puntos
- _ Flexible, 25 a 28 puntos

_ Caótica, 29 a 50 puntos

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones con lo que se puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Los puntajes que se obtienen nos van a proporcionar poder clasificar a las familias en 3 categorías:

- 1.- Balanceadas o más funcionales, que tienen mejor Cohesión y mejor Adaptabilidad.
- 2.- Rango medio o menos funcionales, que tienen mejor Cohesión y extrema Adaptabilidad o extrema Cohesión y mejor adaptabilidad.
- 3.- Extremas o no funcionales, que presentan extrema Adaptabilidad y extrema Cohesión.

Las escalas utilizadas en el FACES III son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos según el siguiente cuadro. (16)

Clasificación de familias según el FACES III.

		COHESIÓN			
	Baja	←	→	Alta	
Alta					
ADAPTABILIDAD					
		Disgregada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
	Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible	Flexiblemente disgregada	<u>Flexiblemente semirelacionada</u>	<u>Flexiblemente Relacionada</u>	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuradamente disgregada	<u>Estructuradamente semirelacionada</u>	<u>Estructuralmente relacionada</u>	Estructuralmente aglutinada
Baja	Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentes 4 posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados” (subrayados en gris). Mientras que los más altos y más bajos son “extremos”

Ciclo Vital Familiar de Geyman

El ciclo vital familiar es un proceso de desarrollo el que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones.

Fase de matrimonio. Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo

Fase de expansión. Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”

Fase de dispersión. Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

Fase de independencia. Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen

Fase de retiro y muerte. Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono. (17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Siendo la diabetes mellitus un problema de salud pública, por su alta incidencia y prevalencia, así como sus diversas complicaciones, los sistemas de salud tratan de mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad. La importancia del factor familiar llama la atención en diversos investigadores, los cuales sostienen que una buena relación familiar favorece una mejor adaptación y control de la enfermedad. (8, 9)

La familia y la diabetes pueden influirse mutuamente: la afección altera la vida familiar y le impone nuevos retos, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia que practique la persona enferma, condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento.

La diabetes afecta a la persona pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes.

Basándonos en lo anterior surge la interrogante de la existencia de disfunción familiar en pacientes diabéticos con descontrol metabólico.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe disfunción familiar en los paciente diabéticos tipo 2?

JUSTIFICACION.

Según la OMS en 1990 había 110 millones de diabéticos en el mundo y se calcula que para el año 2000 habrá 175 millones. De 1983 a 1995, la población de diabéticos en Estados Unidos aumentó de 11 a 16 millones. En México se calcula que 8% de la población es o será diabética, aproximadamente 7 millones de personas. (3)

La diabetes mellitus tipo 2 representa 90 % de esos casos; en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa el segundo lugar en motivos de demanda de atención en consulta externa de medicina familiar y el primer lugar en consulta de especialidades, además de ser una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario. (4)

Durante los últimos treinta años el número de personas diabéticas se ha triplicado, por ello, en estados unidos, México, Brasil y en otras naciones más hoy se le considera una pandemia un problema grave de salud que requiere inmediata atención para abatir las pérdidas de vida y los altos costos de su atención. (1,18)

La situación en México es parecida al resto de los países en desarrollo en cuanto a magnitud del problema, aunque las cifras varían de acuerdo con la fuente, el nivel de atención, la población de referencia. (19)

La DMT2 se ha constituido en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las instituciones de salud. (20)

La diabetes genera un considerable efecto en los sistemas de salud, dado que fue la undécima causa de ingreso a hospitales de la Secretaría de Salud durante el año 2000, sólo superada por factores de ingreso relacionados con el embarazo,

accidentes, problemas perinatales y algunas de las infecciones o procedimientos quirúrgicos más comunes. Asimismo, el mayor periodo de hospitalización (6.1 contra 3.5 días en personas con y sin diabetes) y la elevada letalidad de la enfermedad elevan el costo de su atención. (6)

Además, la diabetes ocasiona complicaciones como la Retinopatía Diabética que es la causa más frecuente de ceguera, además de ocasionar insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura, prevenible en los adultos en México y en la mayoría de los países. (6, 18)

El funcionamiento familiar de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. (21) (Carmen González)

Por ello, pretendemos realizar este estudio para evaluar que tan afectada se ve la funcionalidad familiar del integrante que padece diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes del consultorio No. 1 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 29, del Barrio de la Soledad, del estado de Oaxaca, a través de la aplicación de la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión (FACES III).

No existiendo antecedentes de estudios previos similares en la unidad, el objetivo será identificar si existe el problema en nuestros pacientes para de alguna forma posteriormente se toma alguna estrategia de apoyo a estos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar disfuncionalidad familiar en pacientes con diabetes tipo 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICO:

- 1.- Identificar disfuncionalidad familiar del paciente diabético tipo 2 del consultorio vespertino de la UMF N° 29 del Barrio de la Soledad, Oaxaca.
- 2.- Determinar etapa del ciclo vital en la que se encuentran los pacientes diabéticos.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la relación de causalidad	TRANSVERSAL
De acuerdo a la interferencia del investigador (es)	OBSERVACIONAL
De acuerdo al análisis estadístico	DESCRIPTIVO

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

A.GEOGRAFICO. UMF N° 29 IMSS

B.DEMOGRAFICO. Usuarios derechohabientes adscritos a la UMF N° 29 del consultorio 01 turno vespertino del Barrio de la Soledad.

C.CRONOLOGICO, del 1 de enero del 2009 al 30 de junio del 2009

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará un tamaño de muestra a conveniencia donde se tomaran todos los pacientes conocidos del consultorio 1 de Medicina Familiar del turno vespertino de la UMF N° 29, Del Barrio de la Soledad, Oaxaca,

CRITERIOS:

INCLUSION. Pacientes diabéticos del consultorio 01 del turno vespertino de la UMF N° 29 El Barrio de la Soledad, Oax.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

EXCLUSION. Pacientes entrevistados cuyos registros de información estén mal requisitados.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

ELIMINACION: Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes que no se encuentren vigentes

Pacientes con complicaciones crónicas avanzadas.

Pacientes diabéticos y que padezcan también de hipertensión

VARIABLES:

Definiciones conceptuales:

Familia funcional: existe un estado adecuado de salud en la familia y sus miembros. Aquí se puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento del estado de salud favorable.

Familia disfuncional: cuando la familia no tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus miembros, así como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. (22)

Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta, Se expresara en años cumplidos. Variable aleatoria, cuantitativa o numérica.

Sexo. Diferenciación de género. Variable aleatoria, dicotómica, cualitativa o nominal.

Ocupación. Actividad a la que se dedique. Variable aleatoria, cualitativa o nominal.

Control Glicemia. 80 a 110 mg/dl según la NOM oficial mexicana de diabetes mellitus.

Definiciones operacionales:

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

La diabetes mellitus es definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos. (23, 24, 25)

Dinámica familiar FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale)

La **calificación en Cohesión** es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones y el resultado puede ser una familia:

- No relacionada o dispersa, 10 a 34 puntos
- Semirrelacionada o separada, 35 a 40 puntos
- Relacionada o conectada, 41 a 45 puntos
- Aglutinada, 46 a 50 puntos

La **calificación en Adaptabilidad** es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares y el resultado puede ser una familia:

- _ Rígida, 10 a 19 puntos
- _ Estructurada, 20 a 24 puntos
- _ Flexible, 25 a 28 puntos
- _ Caótica, 29 a 50 puntos

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones con lo que se puede obtenerse la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Los puntajes que se obtienen nos van a proporcionar poder clasificar a las familias en 3 categorías:

- 1.- Balanceadas o más funcionales, que tienen mejor Cohesión y mejor Adaptabilidad.
- 2.- Rango medio o menos funcionales, que tienen mejor Cohesión y extrema Adaptabilidad o extrema Cohesión y mejor adaptabilidad.
- 3.- Extremas o no funcionales, que presentan extrema Adaptabilidad y extrema Cohesión.

Las escalas utilizadas en el FACES III son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos según el siguiente cuadro.

Clasificación de familias según el FACES III.

		COHESIÓN			
		←	→		
Alta	Baja				Alta
ADAPTABILIDAD ↑		Disgregada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
	Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuradamente	Estructuradamente	Estructuralmente	Estructuralmente
		disgregada	semirelacionada	relacionada	aglutinada
	Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada
Baja					

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presentes 4 posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados” (subrayados en gris). Mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

RECURSOS:

HUMANOS:

El investigador: Dra. Evelia Pérez Muñoz.

MATERIALES:

Hojas blancas.

Lápices.

Gomas.

Escritorio.

USB

CDs.

Computadora.

Impresora

Marca textos

FINANCIEROS:

Serán proporcionados por el propio investigador.

Descripción general del estudio:

Se realizará un tamaño de muestra a conveniencia donde se tomaran todos los pacientes conocidos del consultorio 1 de Medicina Familiar del turno vespertino de la UMF N° 29, Del Barrio de la Soledad, Oaxaca, los cuales acuden a su consulta de seguimiento para control de DM 2, solicitando previamente su consentimiento informado para la aplicación de instrumento FACES III y anexo 3.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Aspectos éticos:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran; cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. ⁽²⁶⁾

Y en relación a lo establecido en los principios básicos de la “Declaración de Helsinki”, de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª, Asamblea General Mundial celebrada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. ⁽²⁷⁾

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

RESULTADOS.

De un total de 80 pacientes diabéticos, 57 terminaron el estudio. De los 23 pacientes excluidos 5 cambiaron de residencia, 8 se dieron de baja, 9 no aceptaron y 1 falleció.

En el presente estudio se encontró mayor porcentaje de afectación en el sexo femenino (77%) y 23% en el masculino.

En lo que respecta a las edades o grupo etario:

15-24 años	1
25-34 años	3
35-44 años	11
45-54 años	16
55-64 años	16
65-74 años	7
75-84 años	3

Esto como se muestra en los Gráficos de distribución por género y edades (1 y 2)

En relación al estado civil se encontraron 42 casados, 14 viudos y un soltero.

Con respecto a ocupación tenemos 37 amas de casa (64.9%), 4 pensionados (7%), 5 obreros (8.8%), 7 empleados (12.3%), un contador (1.8%) y 3 campesinos (5.3%). Grafico 3.

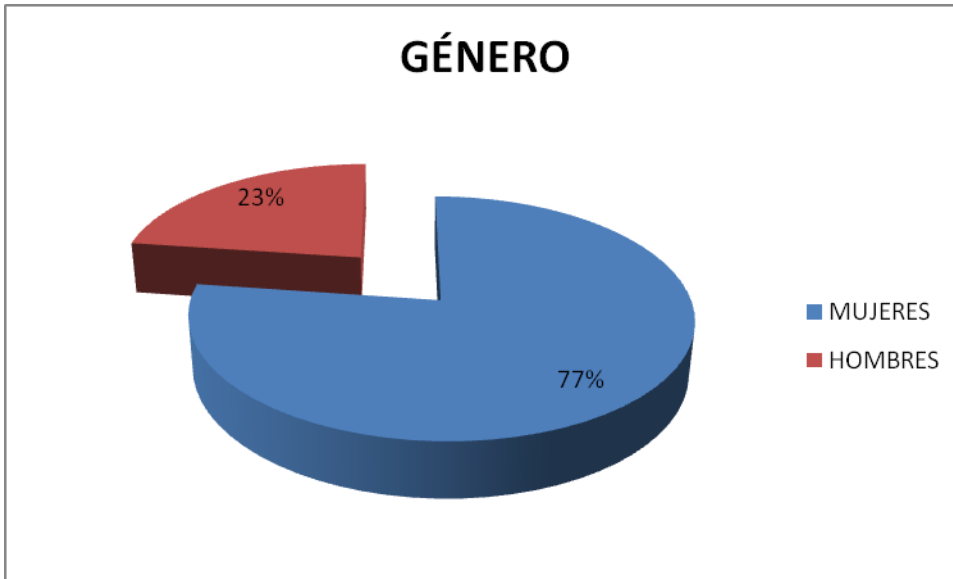
En relación a ciclo vital tenemos la siguiente distribución: matrimonio 1 (1.5%), expansión 3 (5.3%), dispersión 13 (22.8%), independencia 31 (54.4%), retiro-muerte 9 (15.8%). Grafico 4.

Por medio del FACES III se encontraron 19 familias funcionales (33%) y 38 disfuncionales (67%).Grafico 5.

GRAFICOS Y TABLAS

GRAFICO 1.

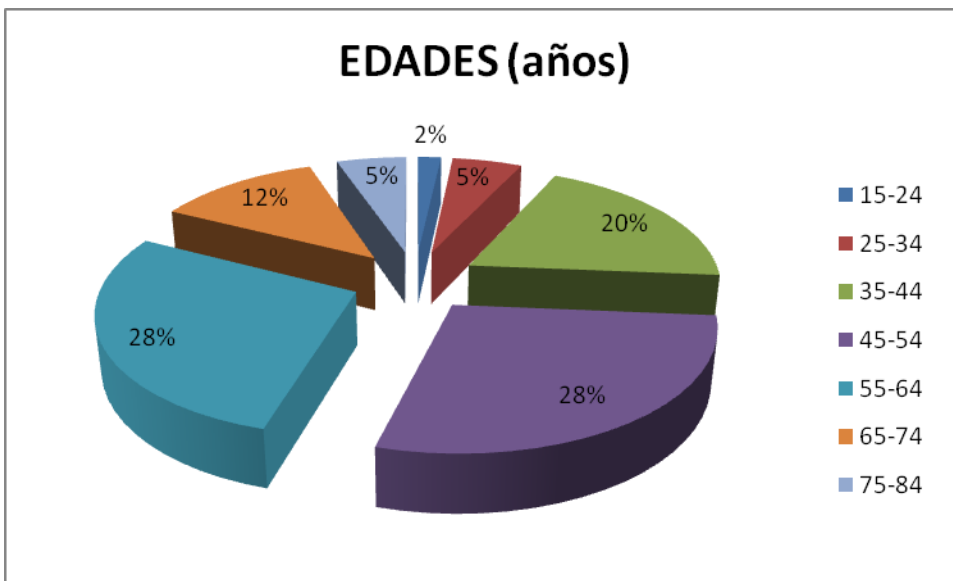
Sexo y porcentaje de afectación.



Fuente. Encuesta realizada con anexo 3.

GRAFICO 2.

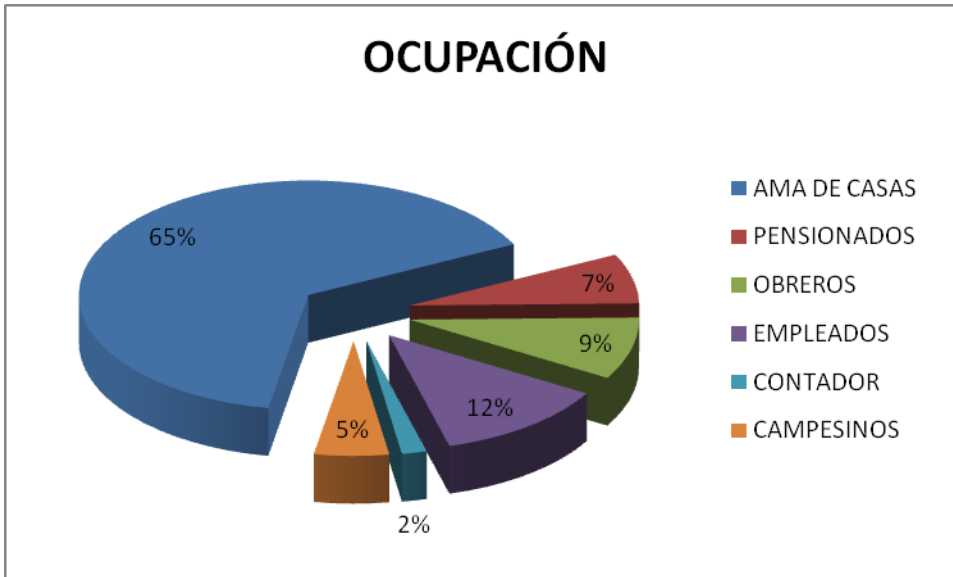
Edades y porcentaje de pacientes afectados.



Fuente: encuesta realizada con anexo 3.

GRAFICO 3.

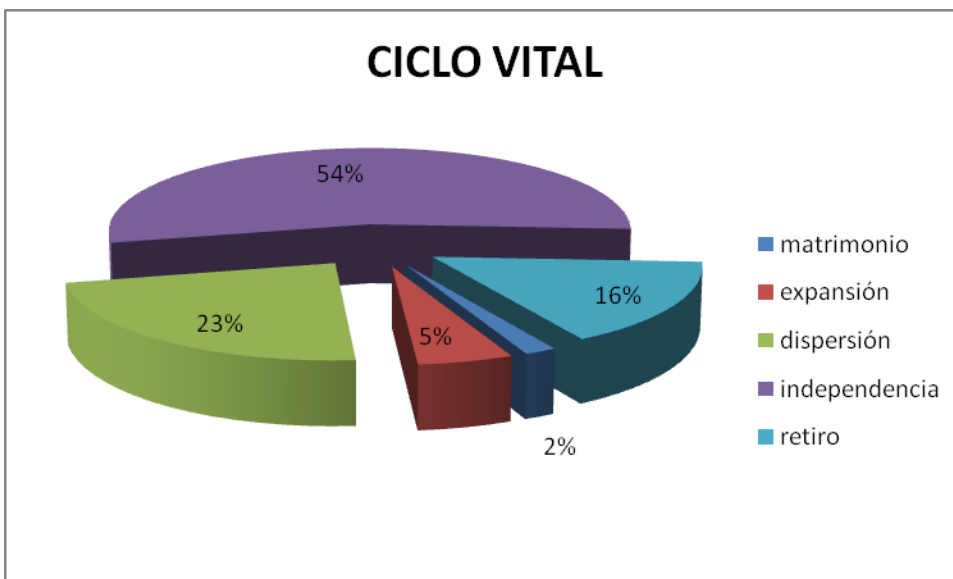
Ocupación de los pacientes.



Fuente: encuesta realizada con anexo 3.

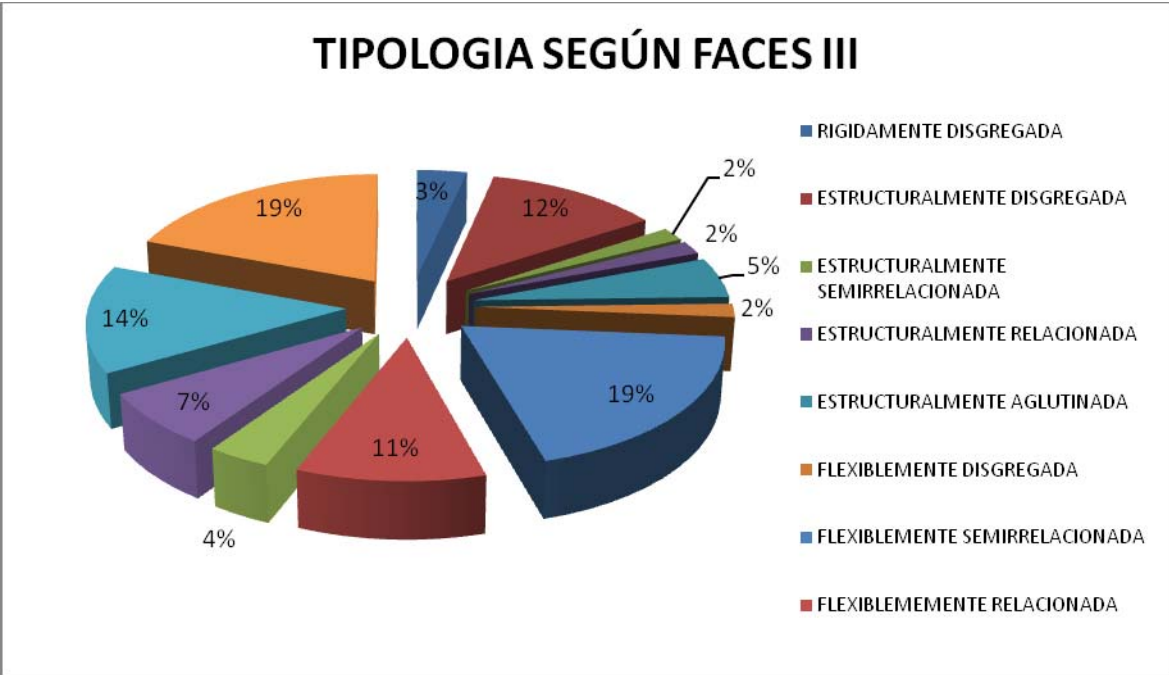
GRAFICO 4.

Etapa del Ciclo vital en que se encuentran los pacientes encuestados.



Fuente: de acuerdo a la clasificación de Geyman.

GRAFICO 5.
Tipología familiar de acuerdo al FACES III.



Fuente: resultados obtenidos por medio del instrumento de medición FACES III.

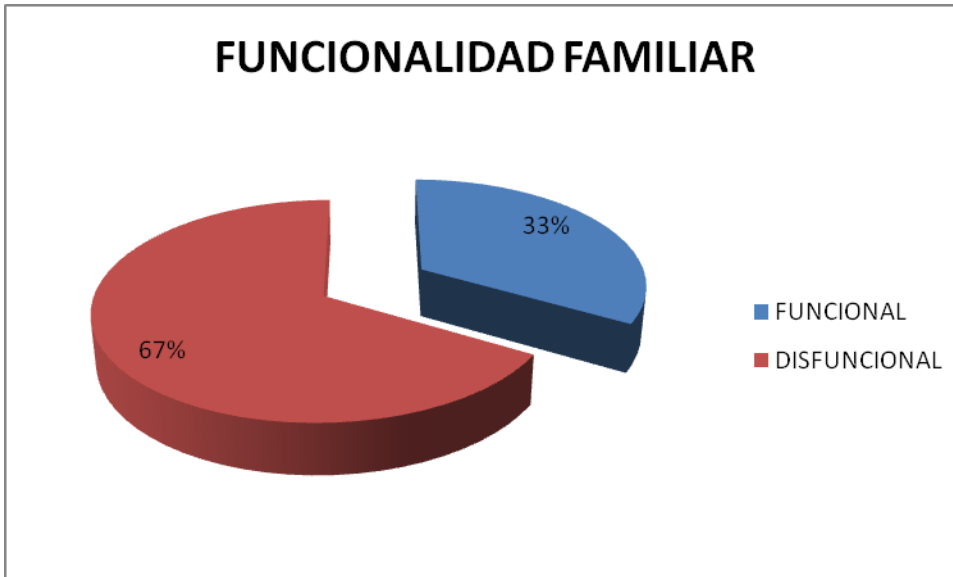
TABLA 1.**Frecuencia y porcentajes de tipología familiar con FACES III.****FASESTIPO**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RIGIDAMENTE DISGREGADA	2	3.5	3.5	3.5
	ESTRUCTURALMEN TE DISGREGADA	7	12.3	12.3	15.8
	ESTRUCTURALMEN TE	1	1.8	1.8	17.5
	SEMIRRELACIONAD ESTRUCTURALMEN TE RELACIONADA	1	1.8	1.8	19.3
	ESTRUCTURALMEN TE AGLUTINADA	3	5.3	5.3	24.6
	FLEXIBLEMENTE DISGREGADA	1	1.8	1.8	26.3
	FLEXIBLEMENTE SEMIRRELACIONAD A	11	19.3	19.3	45.6
	FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	6	10.5	10.5	56.1
	CAOTICAMENTE DISGREGADA	2	3.5	3.5	59.6
	CAOTICAMENTE SEMIRRELACIONAD	4	7.0	7.0	66.7
	CAOTICAMENTE RELACIONADA	8	14.0	14.0	80.7
	CAOTICAMENTE AGLUTINADA	11	19.3	19.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Fuente: FACES III y datos evaluados con SPSS versión 17.

GRAFICO 6.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR MODIFICADA SEGÚN FACES III.



Fuente: instrumento FACES III aplicado a población de estudio

TABLA 2.

Funcionalidad familiar con FACES III.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid FUNCIONAL	19	33.3	33.3	33.3
DISFUNCION	38	66.7	66.7	100.0
AL				
Total	57	100.0	100.0	

Fuente. FACES III y proceso de datos con SPSS.

**TABLA 3.
CICLO VITAL FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

		DISFUNCIONAL		Total
		FUNCIONA L	DISFUNCIO NAL	
CVF	MATRIMONIO	0	1	1
	EXPANSION	1	2	3
	DISPERSION	6	7	13
	INDEP	8	23	31
	RETIROMUER TE	4	5	9
	Total	19	38	57

Fuente: clasificación según Geyman y proceso de datos con SPSS.

DISCUSION:

El objetivo del presente estudio fue detectar la presencia de disfunción familiar en pacientes con DM 2.

Dentro de las variables sociodemográficas encontramos mayor porcentaje de mujeres, con estado civil casadas, las cuales se encuentran en mayor número dentro de fase de independencia.

Prevalece el descontrol metabólico en la muestra de estudio aun utilizando triple esquema de tratamiento farmacológicos, lo que representa un alto costo para los servicio de salud (sin incluir gastos en relación a complicaciones neurológicas, quirúrgicas y renales).

En cuanto a disfuncionalidad familiar se encontraron mayor número de familias en disfuncionales en relación a las funcionales (50%). Lo cual es similar a lo reportado en la literatura por Valadez –Figuroa y Méndez López. Aun utilizados otros instrumentos de medición como es el Apgar Familiar ***

Similar a lo demostrado por Ariza y cols., en un estudio realizado en Cartagena Colombia. (28)

Llama la atención que en fase de matrimonio se detecta disfunción extrema así como hay mayor número de familias extremas y en rango medio en fase de independencia.

De acuerdo a los resultados cabe la interrogante si en la etapa de dispersión e independencia debutan o se detectan más los pacientes diabéticos lo cual podría generar disfunción familiar al encontrarse un integrante “enfermo” y consecuentemente generar reestructuración en los subsistemas familiares en cuanto a transición de roles, dietéticos, etc. Sin embargo cabe la incertidumbre si no existía disfunción familiar previamente al diagnostico de diabetes mellitus tipo 2 en la familia.

Se encontraron varias limitantes en el estudio como la falta de detección de disfunción familiar previa al diagnostico de diabetes mellitus, ya que se desconoce si existía o no en las familias con integrantes diabéticos. Así mismo la falta de controles de las asistencias a cita de control de pacientes crónicos degenerativos,

la conciencia de enfermedad medica en el paciente como en los integrantes de la familia, y las causas de mala adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES:

La diabetes mellitus es un problema de salud pública por el gran número de personas que la padecen, así como de las complicaciones que presentan y por ende su alto costo en salud.

Se logro identificar en nuestro estudio la existencia de disfuncionalidad familiar en un alto porcentaje de los pacientes que padecen DM 2.

Con la premisa de encontrar mayor descontrol metabólico en las familias disfuncionales, nos encontramos ante el reto de detectar y solucionar esta problemática social ya que por el momento no existen programas efectivos para la prevención y detección de disfunción familiar.

Indagando posibles soluciones para atacar este grave problema de salud, se deben de buscar estrategias reales y efectivas para la resolución o mejoramiento de la funcionalidad familiar.

La intervención terapéutica se debe de dirigir en el logro de las modificaciones en la dinámica de relación, en el proceso interactivo de relación entre los miembros de una familia disfuncional.

La salud familiar requiere de intervención psicológica familiar la cual consiste en la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la familia desarrolle sus propios recursos psicológicos, se propicie la autoayuda, facilitando que ella, de manera independiente, sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis, que se presentan en la vida cotidiana, que en este caso el punto de ataque seria la enfermedad médica.

Así mismo, una intervención educativa que vaya dirigida a promover información y orientación, propicia la reflexión y el análisis de diferentes aspectos en los cuales curse la estructura familiar, con el fin de que la familia este psicológicamente mejor preparada para el funcionamiento a los acontecimientos y cambios producidos ante la presencia de enfermedad.

Como punto de partida para la prevención de estos factores causales, se deberían realizar programas especializados en enfermedades crónico degenerativos constituido por un grupo multidisciplinario que incluya personal médico, personal

de salud mental, trabajadoras sociales, laboratorio clínico, nutriólogo, etc., con la finalidad de un mayor entendimiento de la enfermedad médica por parte del paciente, involucrando al grupo familiar, mejorando las redes de apoyo, que sería uno de los mayores retos a vencer en nuestro centro de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Mendizábal, O. y Pinto, B. Estructura Familiar y Diabetes. *Ajayu*, 2006; 4(2):192-193.
2. Hurtado-Capetillo y col. Prevalencia de Diabetes Mellitus en población Náhuatl
3. Saavedra M. D. Pacientes diabéticos y autocuidado. *Rev. Enferm. IMSS* 2001; 9(1):5-7.
4. Membreño M. J, Zonana N. A. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Med. IMSS* 2005; 43(2):97-101.
5. López. Lobo., Yánez. Epidemiología de la diabetes Mellitus. *Duaza ry* 2005; 2: 143-146.
6. Olaiz-Fernández, Rojas y cols. Diabetes mellitus en adultos mexicanos.
7. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública Méx* vol.49 suppl.3. 2007
8. Cárdenas Ibarra y col. Prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en adultos de nivel socioeconómico bajo. *Medicina Universitaria* 2007; 9(35):64-67.
9. Rodríguez y col. Incidencia y progresión de la retinopatía diabética en los pacientes con DM no insulino dependientes. *Cal. Med.* 1997; 3(1):3.
10. Méndez López et al. Disfunción familiar y diabetes mellitus tipo 2 *Rev. Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-284.
11. Valadez Figueroa IA Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública Méx* 1993; 35:464-470.
12. Martínez-Pampliega et al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. *Int J Clin Health Psychol*, 2006, Vol. 6, Nº 2, pp. 317-338.
13. Mendoza-Solís LA., Soler-Huerta E. et al, Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria, *Archivos en Medicina Familiar*, 2006:vol.8 (1):27-32. (25).
14. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A. *FACES III: alcances y limitaciones. Aten Fam* 2005; 12(1):10-11

15. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández-Gómez A, Montesinos-Guerrero MR, Hernández-Soto MC. Análisis de la Confiabilidad de FACES III versión en español. *Aten Primaria* 1999; 23(8):479-484.
16. Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez, López-Gaona, Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, *Rev. Med Inst. Méx Seguro Soc.* 2007; 45 (3): 225-232.
17. Huerta González J. L. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. *Cáp. 2. Pág. 9-10.*
18. Lauro Estrada India. Ciclo vital de la familia. Primera fase. *Pág. 41-143.*
19. Bermúdez B. J. Diabetes mellitus en México. *Rev. Méx. De odont. Clínica.* 2006; 1(6):10-15.
20. Vázquez-Martínez et al. Diabetes en adultos derechohabientes del IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(1): 13-26.
21. Juárez y cols. Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral en pacientes diabéticos. *Fac de Odonto Univ Nac del Nordeste. Ministerio de Salud Pública. Argentina.*
22. González, Mejía, Angulo, D'Avila. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social a residentes de la Fac Med de los Andes Venezuela. *MedULA, Rev de Fac de Med., Univ. de Los Andes. Vol. 12 N° 1-4.* 2003. (2005). Mérida. Venezuela.
23. Cabrera-Pivaral, Rodríguez Pérez y cols. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar. *Salud mental* 2006; 29(4) 40-46.
24. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención Primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
25. Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. 2009.

26. Harrison. Principios de medicina interna 13a. ed. Vol. II. Cáp. 337. Pág. 2286-87.
27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud de México. 3 feb. 1983.
28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.
29. Ariza, Camacho, Londoño, Niño, Sequeda, Solano, Borda. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 28-40

ANEXOS:

Anexo 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Oaxaca de Juárez, Oaxaca a _____ de _____ del 2009.

Por este conducto **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la recolección de datos necesario para la participación en el Protocolo de Investigación sobre disfuncionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, reconozco que se me ha **INFORMADO** en forma amplia, precisa y clara el motivo del presente estudio.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Testigos:

Anexo 2
FACES III
(D. H Olson, J. Portner e Y. Lavee)
Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

	1	2	3	4	5
DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
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 más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo 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 está presente.					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para la toma de decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

ANEXO 3

Nombre del paciente:

NSS:

Sexo del paciente:

Edad del paciente:

Número de integrantes de la familia:

Tiempo de evolución de padecimiento:

Tipo de tratamiento:

Ocupación del paciente:

En base a su situación actual

Tipología familiar:

En base a su estructura:

En base a su desarrollo:

En base a su demografía:

En base a su integración:

En base a su ocupación:

Etapas del ciclo vital actual familiar según Geyman: