



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64 SANTA CATARINA,  
NUEVO LEON

APRECIACIÓN DE DISFUNCION FAMILIAR EN  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN  
LA UMF NO. 50 EN CERRALVO NUEVO LEÓN DEL  
PERIODO DEL MES DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL  
2009

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Incluir: SELLO DE LA SEDE  
ACADÉMICA (que diga  
"IMSS", la Ciudad y  
Estado)

DR. ROMEO CANUL LEDEZMA

SANTA CATARINA, NUEVO LEON

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.

APRECIACIÓN DE DISFUNCION FAMILIAR EN  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN  
LA UMF NO. 50 EN CERRALVO NUEVO LEÓN DEL  
PERIODO DEL MES DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL  
2009

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. ROMEO CANUL LEDEZMA**

AUTORIZACIONES:

DRA. AZUCENA MARIBEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 64,  
MONTERREY NUEVO LEON

DRA. MARICRUZ LUCIO ONTIVEROS

ASESOR DEL TEMA Y METODOLOGIA DE TESIS MEDICO FAMILIAR

DRA. GLORIA NAVARRETE FLORIANO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

SANTA CATARINA, NUEVO LEON

2010

APRECIACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN  
LA UMF NO. 50 EN CERRALVO NUEVO LEÓN DEL  
PERIODO DEL MES DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL  
2009.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. ROMEO CANUL LEDEZMA**

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

DR. FRANCISCO 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. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

## A g r a d e c i m i e n t o

A DIOS NUESTRO SEÑOR. Por estar siempre conmigo, por ayudarme en mis tareas y por darme la oportunidad de continuar en esta vida y así terminar el camino que emprendí hace 3 años.

A MIS PADRES Y HERMANOS: Porque con todo su apoyo me han ayudaron a seguir siempre hacia adelante.

A MI ESPOSA: por su ayuda valiosa, e incondicional, por sus consejos, su apoyo en los momentos más difíciles y sobre todo por su amor

A MIS HIJOS: Por ser mi fuerza, el motor que me mueve.

A LA DRA. MARICRUZ LUCIO ONTIVEROS: Por todo el apoyo y la consejería brindada en el trayecto de la especialidad. GRACIAS Maestra.

A MIS COMPAÑEROS.

## INDICE

	PÁGINA
• ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
• JUSTIFICACIÓN	17
• OBJETIVOS	18
• HIPÓTESIS	19
• METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
- Tipo de estudio	20
- Población, lugar y tiempo de estudio	20
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	20
- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
- Información a recolectar y variables a recolectar	22
- Método o procedimiento para captar la información	24
- Aspectos éticos	25
• RESULTADOS	26
• DISCUSIÓN	32
• CONCLUSIONES	34
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
• ANEXO	38

## **ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:**

La OMS en 1956 define salud como: el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Esta definición de salud incorpora el elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas, que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social.

Hoy en día existen enfermedades crónicas, que se definen como: aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente que es probable que persistan durante largo tiempo <sup>1</sup>. Dentro de éstas enfermedades crónicas se encuentra la Diabetes Mellitus, que se caracteriza 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 hormona Insulina que es segregada por el páncreas. Esta hormona ayuda a que la mayoría de las células del organismo puedan utilizar el azúcar como combustible y transformarlo en energía <sup>2</sup>. Existen dos tipos principales de Diabetes, el tipo 1 dependiente de insulina, que a veces se le denomina diabetes juvenil, porque normalmente comienza en la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos), como el cuerpo no produce insulina, las personas deben inyectarse insulina para poder vivir <sup>3</sup>. En la Diabetes tipo 2, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien no produce suficiente, o no puede aprovechar lo que produce.



No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar la salud para personas con éste desorden, es controlarlo, manteniendo los niveles de glucosa en la sangre lo más cercano posible a los normales <sup>4</sup>.

La importancia del factor familiar llamó la atención de diversos investigadores, los cuales sostienen que una buena relación familiar favorece una mejor adaptación a la Diabetes Mellitus <sup>5</sup>. En síntesis, la familia y la Diabetes pueden influirse mutuamente. Es decir, la afección altera la vida familiar, y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, 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 diabetológico.

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. La enfermedad no sólo afecta a lo estrictamente endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social. En el siglo XX, la Diabetes Mellitus pasa a ser una enfermedad relativamente mortal a corto plazo, a ser un trastorno crónico asociado a una razonable esperanza de vida, aunque según Craig todavía tal esperanza es de sólo un 37% de lo normal <sup>6</sup>.

Posiblemente la primera descripción de la Diabetes Mellitus, se realiza en Egipto con el papiro de Ebers (1500 años A.C.). El griego Areteo de Capadocia (81-138 D.C.), utiliza la palabra Diabetes (sifón) por primera vez, Wills (1621-1725) comprobó el sabor dulce de la orina de los diabéticos, diferenciándola de la

diabetes insípida. Rollo (1740-1809) describe ampliamente la enfermedad y algunas de sus complicaciones, incluyendo la neuropatía. En Venezuela Vargas escribe la historia clínica de Ramos, estableciendo claramente el diagnóstico de Diabetes, el 5 de mayo de 1829. Bernard en 1848 descubre la función glucogénica del hígado. Langerhans (1869), descubre los islotes pancreáticos que llevan su nombre <sup>7</sup>. En 1874, Kussmaul describe la respiración profunda acidótica en el coma diabético. Von Mering y Minkowski , inducen diabetes experimental en animales mediante pancreatectomías. En 1921, los canadienses Banting y Best, produce la insulina de depósito, en 1935. Janbon y Loubatieres, descubren el poder hipoglucemiante de las sulfamidas administradas por vía oral en 1942.

La diabetes constituye uno de los problemas de salud en América Latina y el Caribe, donde cerca de 20 millones de personas la padecen, y unas 45,000 mueren cada año <sup>8</sup>. La estructura familiar es el conjunto invisible de mandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo <sup>9</sup>.

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas, que serían sus miembros, y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (Bertalan FFy,V.L. , 1976). El nexos entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes, provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia, por ejemplo: la

enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares, quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo <sup>10</sup>.

En México, al igual que en otros lugares del mundo, la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 ha mostrado un incremento progresivo en su incidencia y prevalencia. Sigue siendo un gran problema para la salud pública mundial, y el número de pacientes día a día va en aumento <sup>11</sup>; el principal problema de la DM tipo 2 es la presencia de complicaciones <sup>12</sup>. 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 de la familia, haciendo que funcione bien o mal como unidad <sup>13</sup>.

La familia aún en las sociedades más modernas necesita ser dinámicas, evolutivas, y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Además, éstos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar <sup>14</sup>.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal ( papá y mamá ), subsistema paterno-filial ( padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que la pueden hacer parecer distintas o similares a otras, éstas son las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupacional (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semi integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer, ya que según Sátor son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y obliga a conocer la jerarquía, entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí , y puede ser, directa, enmascarada o desplazada. La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad <sup>15</sup>

Garza-Elizondo (1997) nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas (desarrollo individual y familiar) y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia (crisis accidentales) <sup>16</sup>.

Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una enfermedad crónica, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de familia. Una familia con un enfermo crónico, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo <sup>17, 18,19</sup>. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. Un individuo con DM tipo 2 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 positivamente o negativamente sobre su conducta terapéutica.<sup>20,21</sup>.

Florenzzano reportó que más del 55% de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar <sup>22</sup>. Al igual manera Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar factores que puedan modificar la dinámica familiar ya que un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio, siendo el factor más asociado a disfunción el tener un integrante enfermo <sup>23</sup>. A sí mismo Vázquez Nava refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos <sup>24</sup>.

Un estudio realizado en Venezuela en 1997 reportó la relación de Diabetes Mellitus y Funcionalidad familiar en la práctica de Medicina Familiar, en donde aplicaron el Apgar familiar, encontraron, disfunción familiar en 54.7%, se sienten solos en 68.5%, falta de afecto en 51.2%, instrumento aplicado a 75 pacientes con Diabetes Mellitus.

Un estudio realizado en Quintana Roo, México, se estudió la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, se utilizó el instrumento de la escala de efectividad de la funcionalidad familiar, se identificó que el 75% de la población percibe a la familia con disfunción. Otro estudio realizado en UMF N0. 52 del IMSS en Veracruz, que evaluaba la funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, encontró disfuncionalidad familiar en el 21.5%.

En estudios en México, la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia al descontrol en el paciente diabético <sup>25</sup>. Otros estudios como el de Mendoza-Solís que analizaron la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria, encontraron que la comunicación y los límites inadecuados estaban en las familias disfuncionales con diferencias estadísticamente significativas <sup>26</sup>.

El estudio de funcionalidad familiar, ha sido objeto de diversos enfoques según los énfasis que se han hecho para su observación y, subsecuentemente, distintas propuestas de clasificación: tipología familiar de Cantor y Lehr (1975) que distingue familias patológicas y no patológicas. Paradigma familiar de Reiss (1981) que comprende familias sensibles al ambiente, a la distancia y al consenso. Niveles de funcionamiento de Beaver (1977) que discrimina estilo de familia y adaptabilidad. Modelo de McMaster (1978) que diferencia dimensiones como solución de problemas, comunicación, roles, responsabilidad, involucramiento afectivo y control conductual. Y modelo circunflejo de Olson (1979) que abarca familias balanceadas, de rango medio y extremas. A ésta enumeración se puede agregar el Apgar familiar (1979) que con base en las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, divide las familias en funcionales y disfuncionales. <sup>27</sup>.

El Apgar familiar se puede utilizar periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El Apgar familiar, 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.

La funcionalidad familiar se evalúa según el índice de Apgar familiar, instrumento elaborado por Smilkstein en 1979 y validado en diferentes investigaciones, que mide en una escala de 0 a 2 (0 si la respuesta es casi nunca, 1 si es a veces, y 2 si es casi siempre) cinco funciones o componentes, cuya suma constituye la medida de funcionalidad familiar.

Éste instrumento define como familia con disfunción severa a toda aquella que presenta un puntaje total de 0 a 3, con disfunción moderada si el puntaje es de 4 a 7, y funcional si es superior a 7. En los componentes del Apgar familiar, adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio se ve amenazado por un estrés durante un periodo de crisis. Participación, es la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, define el grado de poder de los miembros de la familia. Crecimiento, se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de auto realización de los miembros de la familia por el mutuo apoyo. Afecto es la realización de amor y atención que existe entre los miembros de la familia. Recursos, es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia, este es un instrumento que nos ayuda para valorar la disfuncionalidad de la familia y nos puede apoyar para el diagnóstico de la misma y poder establecer estrategia para su manejo. 28.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION:**

La familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos, y experimenta cambios que con frecuencia alteran la dinámica familiar.<sup>29</sup> 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 <sup>11</sup>. El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, no sólo es el conocimiento de la enfermedad, sino también los aspectos relacionados con la dieta, complicaciones y control médico; a sí mismo el apoyo familiar es esencial para el enfermo con Diabetes Mellitus tipo 2, ya que la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.<sup>30</sup>

A lo largo del ciclo vital familiar, surgen distintos acontecimientos como enfermedades crónicas, que actúan afectando la funcionalidad familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación, como la Diabetes Mellitus tipo 2, que afecta a la población adscrita a mi consultorio. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿Existe apreciación de disfunción familiar en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 ?**

## JUSTIFICACIÓN

La DM tipo 2, constituye un problema de salud pública mundial, con una prevalencia del 6%. El principal problema de la DM tipo 2 es la presencia de complicaciones, metabólicas, vasculares y neurológicas, relacionadas con el grado de control metabólico <sup>2,3</sup>. La DM tipo 2 ha mostrado un incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo. Por los altos costos que se generan por las complicaciones de la DM tipo 2, es trascendente evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han implementado han fracasado. Sabemos del papel preponderante de la familia en el cuidado de un miembro enfermo de ésta misma, y el impacto que tiene en la dinámica familiar. Si se considera a la familia nuclear el modelo familiar más adecuado para el desarrollo del ser humano, se podría inferir que alteraciones en su dinámica provocarían trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente aquellos más vulnerables <sup>17</sup>. Por lo que éste estudio tiene el propósito de evaluar en nuestra población, la percepción de disfunción familiar de un paciente con diabetes mellitus tipo 2, con la finalidad de poder establecer estrategias de manejo en las familias para que puedan superar favorablemente la crisis no normativa que se presenta con la presencia de un miembro enfermo con DM tipo 2.

## **OBJETIVOS:**

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la apreciación de disfunción familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

### OBJETIVO ESPECIFICO:

1. Identificar el grado de apreciación de disfunción familiar de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con diagnóstico menor a 10 años, y pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con diagnóstico mayor a 10 años.
2. Identificar la edad de los pacientes en estudio con Diabetes Mellitus tipo 2.
3. Identificar el sexo de los pacientes en estudio con Diabetes Mellitus tipo 2.
4. Identificar la escolaridad de los pacientes en estudio con Diabetes Mellitus tipo 2.
5. Identificar la ocupación de los pacientes en estudio con Diabetes Mellitus tipo 2.
6. Identificar la religión de los pacientes en estudio con Diabetes Mellitus tipo 2.
7. Identificar el nivel socioeconómico de los pacientes en estudio con Diabetes Mellitus tipo 2.

## **HIPÓTESIS:**

Es un estudio descriptivo, no requiere hipótesis.

**METODOLOGIA:****TIPO DE ESTUDIO:**

Observacional, descriptivo, transversal.

**POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:**

Todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que acudieron regularmente a su cita de control en la Unidad de Medicina Familiar N0. 50 de Cerralvo , N.L., en el turno matutino, sin faltar a sus citas durante el 2008. Éste estudio se realizó del mes de abril al mes de septiembre del 2009.

**TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

No probabilístico por conveniencia, el estudio se llevará a cabo, con todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acudieron regularmente a su cita de control en la unidad de medicina familiar No. 50 en el turno matutino durante el 2008, ( sin faltar a sus citas) los cuales son un número de 200 pacientes y que al finalizar las encuestas los resultados se analizarán en dos grupos, un grupo con pacientes diabéticos tipo 2 con un diagnóstico menor de 10 años, los cuales son 60, y otro grupo con pacientes diabéticos tipo 2 con diagnóstico mayor a 10 años, los cuales son 140.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes de 25 a 70 años de edad
2. Pacientes diabéticos tipo 2.
3. Pacientes adscritos a la UMF No. 50, del turno matutino.
4. Pacientes que hayan acudido a sus citas durante el último año antes del estudio, sin faltar a una.
5. Aceptación voluntaria para aceptar la encuesta.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que no sepan leer y escribir.
2. Pacientes que coincidan con otra patología crónica-degenerativa (Hipertensión, Dislipidemia, etc.) con la presencia de DM

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que no terminen de contestar la encuesta

## INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Diabetes Mellitus Tipo 2	Comprende un grupo de enfermedades caracterizadas por hiperglucemia, causada por defecto en la secreción, acción o ambas, de la insulina.	Para fines de éste estudio, se tomará del expediente si existe el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y cifras de glicemia: 140 a 250 mg/dl.	Nominal	Expediente
Edad	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser humano.	Para fines de éste estudio se incluyeron pacientes de 25 a 70 años de edad.	Razón	Historia clínica del expediente electrónico
Sexo	Condición orgánica que distingue a las personas.	Masculino o femenino	Nominal	Historia clínica del expediente electrónico
Escolaridad	Tiempo durante el cual el alumno asiste a la escuela o centro de enseñanza.	Para fines de éste estudio, se clasificará como: ninguna, primaria, secundaria, técnica y profesional.	Ordinal	Historia clínica del expediente electrónico
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio.	Para fines de éste estudio, se clasificará como: labores del hogar, empleado, pensionado.	Ordinal	Historia clínica del expediente electrónico
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Para fines de éste estudio, se clasificará como: católica, cristiano y ninguna.	Nominal	Historia clínica del expediente electrónico

Nivel socioeconómico	Grado de bienestar material alcanzado por una persona o una colectividad	Para fines de éste estudio, se clasificará como: bajo, medio bajo, medio, medio alto y alto.	Ordinal	Historia clínica del expediente electrónico.
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
Disfunción Familiar	La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna (s) de las funciones de la familia como: afecto, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en alguno de los subsistemas familiares.	Para fines de éste estudio se tomará la calificación del cuestionario: Apgar familiar, el cual es: entre 7 y 10 indica familia altamente funcional, de 4 a 6 moderadamente funcional, y menos de 3 severamente disfuncional.	Ordinal,	Cuestionario Apgar familiar



## **MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:**

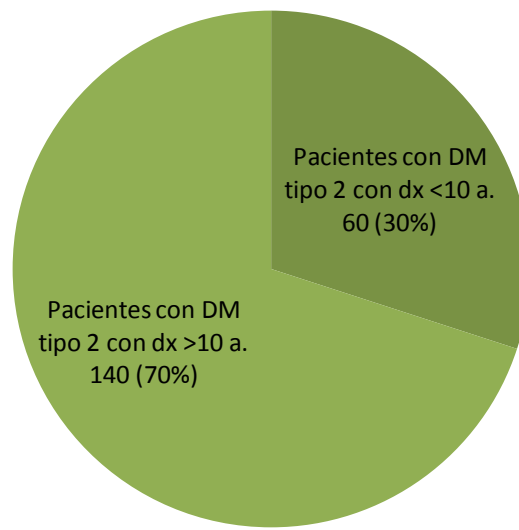
El instrumento propuesto para evaluar la apreciación de disfuncionalidad familiar es el Apgar familiar, es de fácil aplicación y calificación, por lo que el médico de primer nivel de atención médica puede utilizarla en forma rutinaria. El Apgar familiar que con base en las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, divide las familias en funcionales y disfuncionales. Se puede utilizar periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar, puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El Apgar familiar, 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. Se estudiaron a 200 pacientes diabéticos con un intervalo de edad entre 25 y 70 años, se formaron 2 grupos, uno con pacientes diabéticos tipo 2 con un diagnóstico menor a 10 años, los cuales fueron 60 pacientes (30%), y otro grupo con pacientes diabéticos tipo 2 con un diagnóstico mayor a 10 años, los cuales fueron 140 pacientes (70%).

## **ASPECTOS ÉTICOS:**

Para la realización de éste estudio se respetarán las normas institucionales, nacionales e internacionales, así como los acuerdos de la declaración de Helsinki, modificada en Tokio, sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos humanos. Por su diseño no afecta la integridad física del sujeto en estudio, en el caso de que algún sujeto no acepte en forma voluntaria participar en la investigación, no se le obligará de ninguna manera.

## RESULTADOS

**Figura 1. Distribución del número de pacientes según el tiempo de haber sido diagnosticados.**

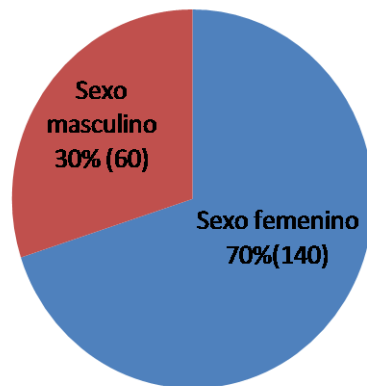


n=200

Las áreas más afectadas fueron el afecto y la resolución. El afecto corresponde a las relaciones de cuidado y amor que existen entre los miembros de la familia. Y la resolución corresponde al grado de satisfacción en el compartir tiempo, dinero y espacio para un desarrollo físico y emocional adecuado

De tal forma el total de pacientes involucrados tuvieron las siguientes características: pertenecientes al sexo femenino 140 (70%), y al sexo masculino 60 (30%). (Fig. 2)

**Figura 2. Distribución del número de pacientes según el sexo**



n=200

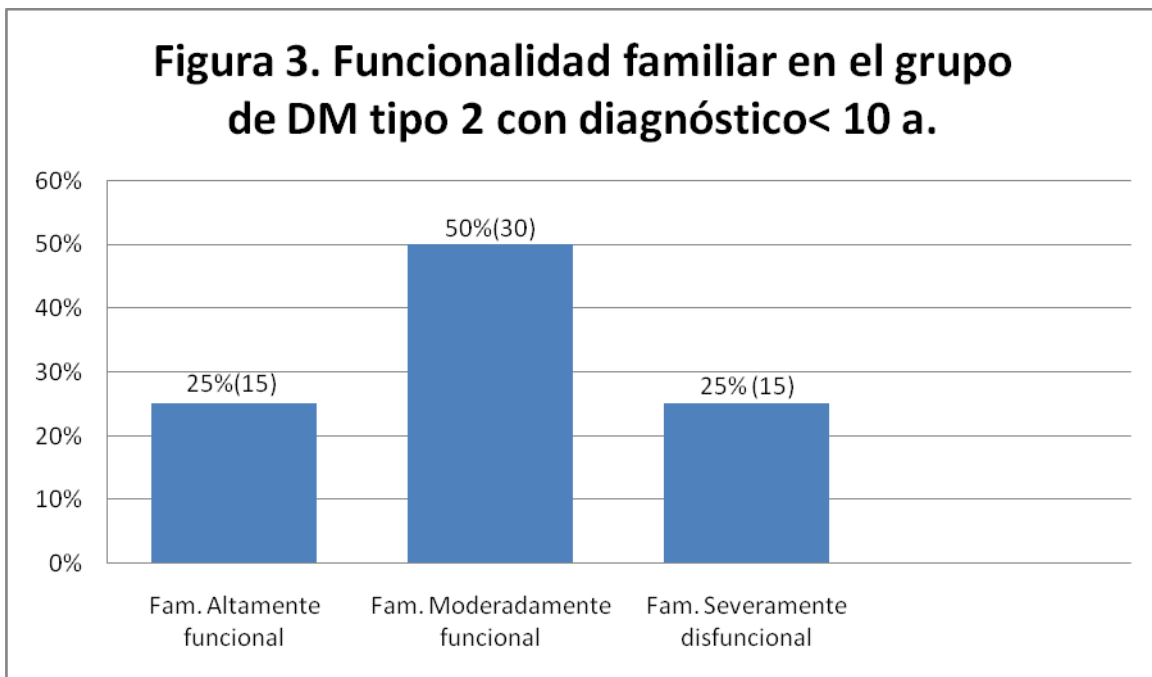
Predomino en el estado civil casados 45% y viudos 30%, en la escolaridad reportada fue primaria 60% y secundaria 15%, en la ocupación fue labores del hogar 65%, la religión fue católica 95% y el nivel socioeconómico predominante fue medio bajo 65%. (Tabla 1)

**TABLA 1. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES ANALIZADOS**

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE
<b>ESTADO CIVIL</b>	
CASADO	45 %
VIUDO	30 %
DIVORCIADO	5 %
UNIÓN LIBRE	15 %
SOLTERO	2 %
SEPARADO	3 %
<b>ESCOLARIDAD</b>	
NINGUNA	10 %
PRIMARIA	60 %
SECUNDARIA	15 %
TÉCNICA	10 %
PROFESIONAL	5 %
<b>OCUPACIÓN</b>	
LABORES DEL HOGAR	65 %
EMPLEADO	10 %
PENSIONADO	25 %
<b>RELIGIÓN</b>	
CATÓLICA	95 %
CRISTIANO	3 %
NINGUNA	2 %
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	
BAJO	15 %
MEDIO BAJO	65 %
MEDIO	10 %
MEDIO ALTO	5 %
ALTO	5 %

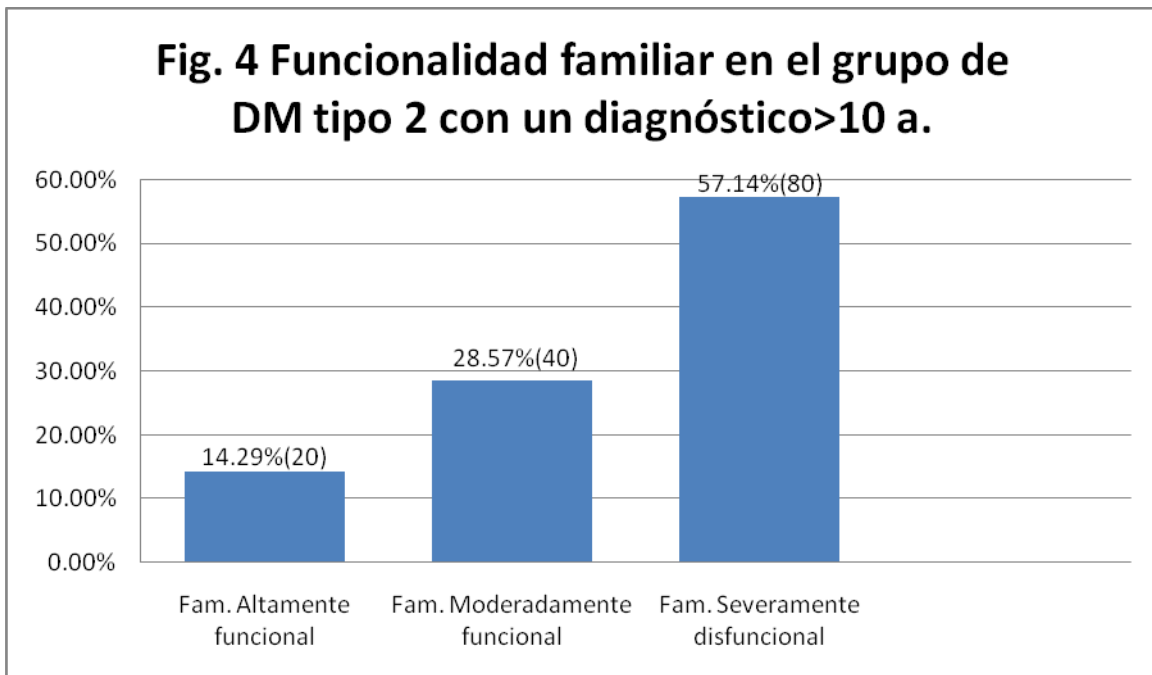
n=200

Al evaluar la apreciación de disfunción familiar mediante el cuestionario del Apgar familiar, los resultados obtenidos fueron los siguientes: del grupo de diabéticos tipo 2 con diagnóstico menor a 10 años mostró: 15 pacientes (25%) diabéticos con familia altamente funcional, 30 pacientes (50%) diabéticos con familia moderadamente funcional, y 15 pacientes (25%) diabéticos con familia severamente disfuncional. (Fig. 3)



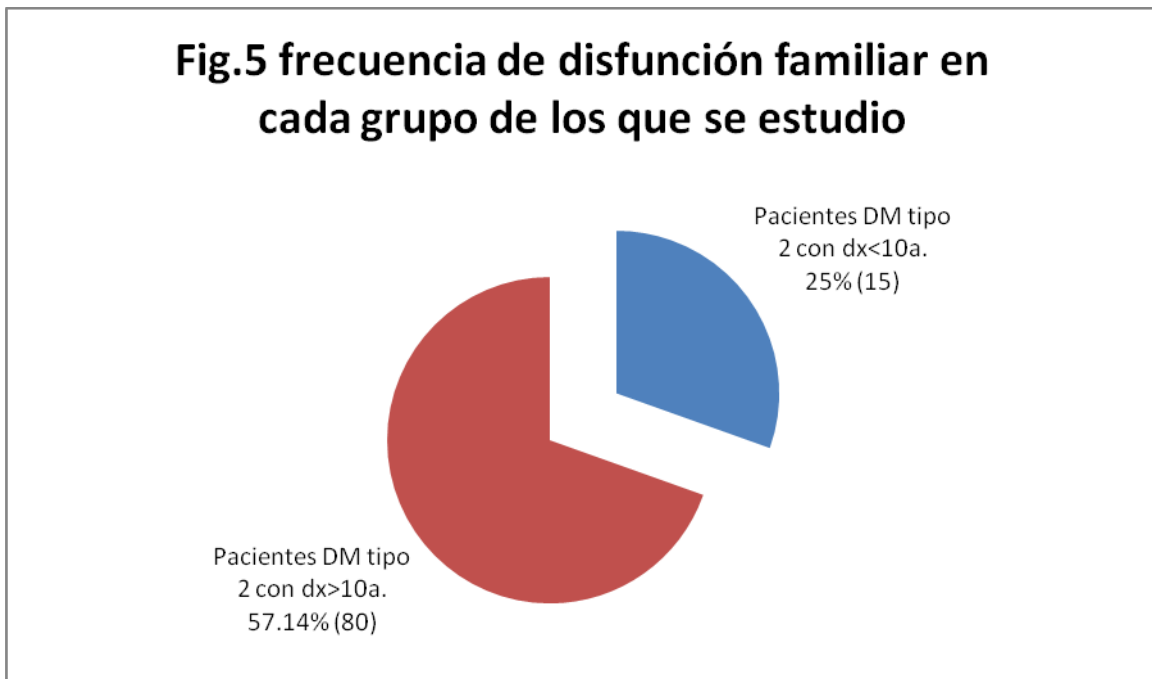
n=60

Y del grupo de diabéticos tipo 2 con diagnóstico mayor a 10 años mostró 20 pacientes (14.29%) diabéticos con familia altamente funcional, 40 pacientes (28.57%) diabéticos con familia moderadamente funcional, y 80 pacientes (57.14%) diabéticos con familia severamente disfuncional. (Fig. 4).



n=140

Se encontró que la frecuencia de disfunción familiar en cada grupo estudiado fue la siguiente: los pacientes con DM tipo 2 mayor a 10 años tuvieron disfunción familiar en un 57.14 % , mientras que en los pacientes con DM tipo 2 menor de 10 años la disfunción fue de 25%, como lo podemos ver en la figura 5.



n= 95



## **DISCUSION**

De los pacientes en estudio, el 70% correspondió al sexo femenino, esto es probablemente por las características de la ciudad de Cerralvo donde se realizó el estudio, ya que la mayoría de los hombres emigran a los Estados Unidos y las mujeres son las que permanecen en la ciudad. Así como también el estado civil muestra la influencia de los Estados Unidos reflejado por el porcentaje alto de unión libre, los viudos también muestran un porcentaje importante, ya que las enfermedades crónicas degenerativas afectan a la pareja por falta de cuidados y causa la muerte a uno de ellos. La escolaridad primaria reportó un porcentaje mayor, quizá se deba a que en la población existen sólo primarias, secundarias y una preparatoria que tiene poco tiempo de haberse construido, a sí mismo la ocupación reportada fue en su mayoría a labores del hogar, probablemente sea por la falta de escolaridad de la población.

La religión reportada en su mayoría fue católica, igual a la reportada a nivel nacional, por lo que los valores y costumbres de las familias se enfrentan a los cambios que viene presentando la sociedad y la influencia de la gente que viene de los Estados Unidos.

El nivel socioeconómico fue medio bajo, y considerando que en la población en estudio no se cuenta con suficientes fuentes de empleo, y las que existen son mal pagadas, lleva a las personas a emigrar a la población a Estados Unidos o a la de Monterrey, N.L.

Al evaluar la apreciación de la disfunción familiar se encontró que la frecuencia de disfunción familiar en el grupo de pacientes diabéticos tipo 2 con un diagnóstico menor a 10 años fue de 25%, y del grupo de pacientes diabéticos tipo 2 con un diagnóstico mayor a 10 años fue de 57.14%. Estos resultados son semejantes a los reportados en estudios realizados en nuestro país, como el de Méndez LD, los cuales indican un 60% de disfunción familiar en grupos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en éste estudio se divide al grupo de pacientes diabéticos tipo 2 en dos grupos, uno con un diagnóstico menor de 10 años y otro mayor a 10 años, por lo que se puede medir con más precisión el grado en que se percibe la funcionalidad familiar. Lo que pone de manifiesto el impacto de la diabetes mellitus sobre la funcionalidad familiar. Esto puede estar influenciado por un bajo grado de conocimientos sobre la enfermedad, ya que los pacientes no siempre siguen las recomendaciones preventivas, además de que el paciente, al decirle que tiene la enfermedad de diabetes mellitus, no acepta el diagnóstico, ya que el paciente tiene sus propias creencias de la enfermedad y esto hace difícil que siga las recomendaciones del médico, además de que el enfermo recibe poco apoyo de la familia.

## **CONCLUSIONES:**

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 indica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

El presente estudio demuestra la apreciación de disfunción familiar en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, evidenciando el gran problema de la Diabetes Mellitus y su influencia en la percepción de la funcionalidad familiar, sin embargo el Apgar familiar a pesar de sus ventajas presenta limitaciones, por lo que se puede utilizar como guía, y ya al sospechar de disfunción familiar se puede utilizar otro instrumento de medición de la funcionalidad familiar como el FACES III, que ha demostrado ser un mejor instrumento de medición.

Creemos que en las unidades de medicina familiar se debe implementar el abordaje familiar, ya que en ocasiones diversas enfermedades como lo es en ésta ocasión la Diabetes Mellitus, no dan manifestaciones de afección a la funcionalidad familiar, que sólo sale a flote si el médico pregunta al paciente en forma intencionada. Es necesario explorar el ámbito familiar, situación que es evidente en éste estudio, ya que el grupo de pacientes diabéticos tipo 2 con percepción de disfunción familiar, un porcentaje importante mostró falta de apoyo familiar hacia el enfermo. La familia debe considerarse un importante recurso e incluirla como uno de los elementos más esenciales en los programas terapéuticos que se ofrecen a éstos pacientes, ya que la familia continúa siendo la principal institución responsable al cuidado de la salud.

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO PARA VALORAR LA DINÁMICA FAMILIAR (APGAR FAMILIAR)

	Casi Siempre	Algunas veces	Nunca
	2	1	0
Estoy satisfecho(a) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.	-----	-----	-----
.Estoy satisfecho(a) con la manera como mi familia discute los problemas y comparte las soluciones de los mismos conmigo.	-----	-----	-----
.Mi familia acepta mis deseos de emprender nuevas aptitudes o hacer cambios en mi estilo de vida.	-----	-----	-----
.Estoy satisfecho con la manera con que mi familia expresa el afecto a responde a mis sentimientos, tales como tristeza, enojo y amor.	-----	-----	-----
.Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.	-----	-----	-----

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bertalanffy, V.L. Teoría General de los Sistemas, México: FCE. (1976).
- 2.- Devies K. Federación helps kids t olive with diabetes. Bolivian times. 4 de febrero de 1998.
- 3.- Gagliardino P. y otros. Cómo tratar mi diabetes, dedicado a personas con diabetes insulino dependientes. La plata: Editorial Boehring Mannheim. (1997).
- 4.- Jhonson B.S. Psicopatología infantil. Buenos Aires. Editorial Martínez Roca. (1993).
- 5.- Lotmang. Las fronteras del dolor. Buenos Aires: Paidos. (1991).
- 6.- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. México D.F.: Gedsida.
- 7.- Pinto R. y Medeiros C. Manual de diabetes en Bolivia. La Paz: Imprenta Express. (1997).
- 8.- Portilla L., Román J. El paciente diabético. Aspectos psicológicos de su manejo. Revista Latinoamericana de psicología. Vol. 23, n-2. (1991).
- 9.- Samuel. Conociendo la realidad de la enfermedad crónica. Buenos Aires: editorial coronas. (1994).
- 10.- Shuman R. Vivir con una enfermedad crónica. Buenos Aires: Paidos. (1996).
- 11.- Lazcano-B G, Rodríguez-M M, Guerrero-R F. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con Diabetes tipo 2. Rev.Med. IMSS 1999; 37 (1): 39-44.
- 12.- Escobedo-D J, Rico-V R. Incidencia y Letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Méx. 1996;38 (4): 236-242.
- 13.- Santa Cruz-V J. La familia como unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983; 21 (4): 348-357.
- 14.- Sánchez O A Lic. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las personas con discapacidad. PROLAM 2000.

- 15.- Gómez C FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Fundamentos de Medicina Familiar, 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000 p. 103-140.
- 16.- Garza E T. Trabajo con Familias. Primera edición. 1997 Universidad Autónoma de Nuevo León. Pp. 89-97 y 153-161.
- 17.- Rolland J S. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp 95-110.
- 18.-Futcher A J. Chronic Illness and Family Dynamics Pediatric Nur sing. Vol. 14 (5)1988.
19. - Kath L A. Ph.D. How Families Manage Chronic Conditions: An Analysis of the concept of Normalization, Research in Nursing Health 1986 Vol. 9 pp. 215-222.
- 20.- Robles-S L., Mercado-M FJ, Ramos- H I, Alcántara-H E, Moreno-L-Nc. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública Méx. 1995; 37 (3): 187-196.
- 21.- Escobedo-D J, Santos-B C. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Salud Pública Méx. 1995; 37 (1): 37-46.
- 22.- Florenzanno UR. La Familia como factor de riesgo. Adolescentes y Familia en Chile. Creces 1992; 7:24-34.
- 23.- Vázquez N F, Santos D A, Martínez B J. El paciente asmático y su dinámica familiar. Revista Alergia México. 2003; L. (6): 214-219.
- 24.- Huerta M N, Valadés R B, Sánchez E. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Arch. Med. Fam. 2001; 3 (4): 95-98.
- 25.- Méndez L D, Gómez L V, García R M, Pérez L J, Navarrete E A. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
- 26.- Mendoza-SL, Análisis de Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch. Med. Fam. 2006; 8 (1) 27-32.
27. - Smilkstein G. the family Apgar. A proposal for a family function test and its use by psysicians. J. Fam. Prac. 1978, (6): 1231-8.

28.-Rodriguez E, Gea A, Gómez A. Estudio de la Función Familiar a través del cuestionario Apgar. Atención primaria. 1996, 17 (5), 338-341.

29.- Organización de las Naciones Unidas (ONU). La Familia y el Sistema de las Naciones Unidas. México, Cuba y República Dominicana.

30.- Valadés F, Aldrete R, Alfaro A N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud pública. Méx. 1993; 35 (5): 464-470.