



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ MÓDULOS DE ENFERMERÍA
No. 66. APODACA, NUEVO LEÓN

**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL
GLICEMICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FREDY DIAZ CARLOS
REGISTRO No.R-2013-1912-42



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.

**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL
GLICEMICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FREDY DIAZ CARLOS

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

DRA. MARTHA ELISA HERNADEZ RAMIREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS ADSCRITO A
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/MODULOS DE ENFERMERIA No 66

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR
UMF C/ME No 66

DRA. MARIA EUGENIA MARTINEZ LUNA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINACION MÉDICA DE LA UNIDAD DE UMF C/ME No. 66

DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF C/ME No. 66

DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN EDUCACIÓN

DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACIÓN

DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL
GLICEMICO**

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

PRESENTA:

FREDY DIAZ CARLOS

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912
H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 19/08/2013

DRA. MARIA EUGENIA MARTINEZ LUNA

P R E S E N T E

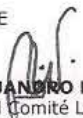
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Disfunción familiar y control glicémico del paciente diabético tipo 2

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1912-42

ATENTAMENTE


DR. (A). ALEJANDRO LÓPEZ VILLARREAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 1912
H. GRAL ZONA - MF - NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 17/09/2014

DRA. MARIA EUGENIA MARTINEZ LUNA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Disfunción familiar y control glicémico del paciente diabético tipo 2** y con número de registro institucional: **R-2013-1912-42** y que consiste en:

Cambio de título
Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ALIENTAMENTE

DR. (A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 1912

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

9

**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL
GLICEMICO**

INDICE GENERAL

1.	<u>T</u> ítulo	1
2.	Índice general	2
3.	Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	3
4.	Planteamiento del problema	9
5.	Justificación	10
6.	Objetivos	11
	General	
	Específicos	
7.	Hipótesis	12
8.	Metodología	13
	Tipo de estudio	
	Población, lugar y tiempo de estudio	
	Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
	Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
	Información a recolectar (Variables a recolectar)	
	Método o procedimiento para captar la información	
	Consideraciones éticas	
9.	Resultados	22
	Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
	Tablas (cuadros) y gráficas	
10.	Discusión	32
11.	Conclusiones	del 34
12.	Referencias	35
13.	Anexos	39

MARCO TEORICO

La epidemia de la diabetes mellitus es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes con una probabilidad que esta cifra aumente al doble para 2030.^{1, 2}

La diabetes y sus complicaciones son una gran amenaza para la supervivencia y el bienestar de un número cada vez mayor de personas, se prevé que uno de cada diez europeos entre los 20 y los 79 años desarrollara diabetes en el año 2030.³

En los Estados Unidos el total de la población con diabetes es de 23.6 millones, es decir, el 7.8 % de la población, 17.9 millones de personas con diagnóstico, 5.7 millones sin diagnóstico, 57 millones con prediabetes en el año 2007.⁴

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus (DM), son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura, gastos excesivos para su prevención y control. Afectan con mayor intensidad a los grupos de poblaciones de escasos recursos, vulnerables y cuando se presentan, empobrecen más a las personas y sus familias.^{5, 6}

La diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia, existen varios tipos diferentes de DM debido a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y estilo de vida, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de la insulina y aumento de glucosa que provoca alteraciones

fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario. ⁷

El control glicémico tradicional de la diabetes muchas veces hace referencia principalmente a las de cifras séricas de glucosa cercanas a la normalidad (126 mg/dl), descuidando las recomendaciones de guías internacionales, que incluyen el control estricto de otras variables como la hipertensión, Índice de masa corporal (28.2), LDL-Col. (130 mg/dl), HDL-Col (51.5), triglicéridos (142 mg/dl), HbA1c (5.7). ⁸

Dado que los niveles elevados de glucosa de manera crónica, están relacionados con el daño micro y macro vascular, se han establecido metas de glucosa en ayuno, glucosa postprandial y HbA1c que se deben alcanzar durante el tratamiento del paciente diabético, estas metas están basadas en el resultado de múltiples estudios, y aunque se sigue proponiendo la medición de la glucosa plasmática en ayuno y postprandial para el monitoreo de control. La American Diabetes Association (ADA) recomienda la medición de al menos dos veces al año de este parámetro en pacientes que han alcanzado las metas de tratamiento, y cada 4 meses en pacientes que se encuentran en descontrol. ⁹

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante de acuerdo con la organización mundial de la salud, las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60 % del total de las defunciones en el mundo. ¹⁰

Tan sólo en el último año, este tipo de padecimientos causaron 35 a 56.5 millones de defunciones en todo el planeta lo que significó el doble de defunciones

ocasionadas en conjunto por enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y por desnutrición.^{11, 12}

En México la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en defunciones por año; se estimó una prevalencia nacional de 10.9 % para el año 2030. Por otra parte los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2000 demuestran que la diabetes afecta a la población y a todas las regiones del país y están lejos de ser controlados y detectadas adecuadamente.^{13, 14}

En la población derechohabiente del instituto mexicano del seguro social, la prevalencia de DM fue de 10.5 % durante el 2010. En la consulta familiar ocupó el segundo lugar de demanda y las primeras cinco de egreso hospitalario.^{15, 16}

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad. Así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes tipo 2.

En México la DM tipo II es un asunto preocupante de salud pública: sus efectos físicos y emocionales deterioran la calidad de vida de las personas a lo largo del proceso de cronicidad. Todo esto implica que las personas que la padecen tengan una pérdida de salud. Es fundamental reconocer los diferentes factores que condicionan su control, ya que esta enfermedad es multifactorial.^{17, 18}

En el primer nivel de atención el enfoque está dirigido a la familia y su entorno, porque es vital estudiar al paciente y su familia, en la que se presentan interacciones, transacciones, sentimientos, conductas, expectativas, motivaciones y necesidades del grupo familiar, la interacción familiar es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente

biológica. Existen estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores, mucho de los cuales se generan en la propia familia como un conjunto dinámico, contextual y plástico de relaciones y proceso que afectan de una u otra forma la salud del individuo. ¹⁹

La evaluación de la funcionalidad familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que pueden realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar, con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. ²⁰

En la dinámica familiar se afecta el comportamiento de cada miembro de la familia. Sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. En esta imagen evolutiva la familia pasa de una etapa a otra, enfrentándose dificultades que a su vez se traducen en la acumulación de factores estresantes esperados o no. Lo anterior obliga a responder con cambios internos y externos que permiten transformar a la familia a fin de que afronten las nuevas circunstancias sin perder su continuidad ni funcionalidad. La imposibilidad de

cambiar ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas de los miembros de la familia, problema que se conoce como disfunción familiar. ²¹

Es necesario que los médicos familiares identifiquen oportunamente la disfunción familiar para lo cual estos especialistas deben tener la habilidad para interpretar las dificultades de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de éstas desde una perspectiva integral. Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los signos y síntomas de enfermedad, que presente uno o más integrantes de una familia y que se relacionen con ella o reflejen una alteración en la dinámica familiar. ²²

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes, como sistema social, estimula y promueve el estado de salud así como el bienestar de los integrantes que hacen parte de ella. Al grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablara de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. La disfunción familiar es una problemática emergente este fenómeno pudiera relacionarse con las exigencias permanentes de los pacientes y de la misma familias, además de la capacidad de articular un mecanismo para enfrentar las situaciones de estrés cuyo objetivo es restablecer el equilibrio para lograr volver a la salud y así poder cumplir con el rol que a cada uno le compete. ^{23, 24}

Por lo que se estudió a la familia como un grupo de personas relacionados con un ámbito biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio o unión, que viven bajo el mismo techo,

donde se estudió el tipo de disfunción que presenta y del eje del estudio, utilizando el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar como el faces III. ²⁵

Es una escala de evaluación que integra 3 dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad, comunicación, la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultados de factores de estrés normativo y no normativo, con fácil de aplicación y da una calificación de disfunción familiar de severa, moderada y funcional. ²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La prevalencia en México de DM es de 6.4 millones, equivalentes al 9.1 por ciento de la población mayor de 20 años. Significa que al sumar a los individuos que desconocen su condición de diabéticos, la prevalencia de la enfermedad en el país es de 18 por ciento; 8 puntos más que en 2006, reveló la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012.

En Nuevo León la prevalencia de DM es del 11.4 por ciento, por lo que sigue siendo un reto para la salud pública de nuestro país, la prevención y control de la diabetes, afectando con mayor intensidad a los grupos vulnerables, como son nivel socioeconómico bajo, escolaridad mínima. La dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas o negativas que influyen en el comportamiento de cada integrante, haciendo que las funciones estén bien o mal como unidad, en la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo, en cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no se permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta.

¿Qué relación existe entre funcionalidad familiar y control glicémico en la UMF C/ME No 66?

JUSTIFICACIÓN

En nuestra unidad de medicina familiar hay 5454 pacientes diabéticos de los cuales solo un 55 % se encuentran en control glicémico.

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorablemente en el proceso salud-enfermedad. La familia cumple con diversas funciones como la económica, la biológica, la educativa y la satisfacción de necesidades afectivas y espirituales desempeñadas por el grupo familiar las cuales son relevantes, ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios y juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus sociedades. En nuestro estudio con pacientes diabéticos observamos que los enfermos que perciben apoyo. Por parte de su red social, en aspectos de dieta y régimen médico, podrán tener conductas de autocuidado, para un mejor control metabólico y con valores más bajos en su glucosa.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y control glicémico en el paciente diabético tipo 2.

Objetivos específicos

- Conocer el valor glicémico en los pacientes diabéticos tipo 2
- Identificar el grado de funcionalidad familiar en el paciente diabético tipo 2
- Conocer el grado de funcionalidad familiar por género
- Identificar el tipo de familia.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

La funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 en la unidad médica familiar No. 66, tienen relación con su control glicémico

Hipótesis nula

La funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 en la unidad médica familiar No. 66, no tienen relación con su control glicémico

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, observacional y prospectivo en 250 Pacientes con glicemias mayores de 125 mg/dl con Diabetes Mellitus tipo 2, de más de 30 años de edad, que están adscritos a la UMF C/ME, No 66 del IMSS. La muestra fue obtenida por muestreo no probabilístico por conveniencia, la escala utilizada fue FACES III aplicada durante los meses Junio, Julio y Agosto de 2014. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Ambos Géneros, pacientes que sepan leer y escribir, edad 30 años y más, que acepten participar en el estudio, paciente con descontrol glicémico en los últimos 3 meses, que acepten participar en el estudio y que acepten firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron los pacientes con trastornos mentales (Demencia senil, esquizofrenia, Alzheimer), pacientes con Insuficiencia renal aguda y crónica, pacientes con diálisis peritoneal y dentro de los criterios de eliminación: pacientes que no acudan al laboratorio y encuestas incompletas.

Los datos obtenidos se analizaron utilizando estadística descriptiva mediante el Software Excel

VARIABLES DEL ESTUDIO

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Descontrol en las cifras de glucosa.	Padecimiento cuya característica sobresaliente es la hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción de insulina, la acción de la misma o ambos.	Aquellos pacientes que están con valor glicémico mayor de 126 mg/dl.	Cuantitativa 126-150 151-199 200-250 251-300 301-mas	Expediente electrónico
Funcionalidad familiar	Se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas	Escala de evaluación que integra 3 dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad, comunicación. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las	Cualitativa nominal Balanceada o funcionales. Rango Medio o Moderadamente Disfuncionales y Extremas o Severamente Disfuncionales	Test de FACES III

	sociales.	familias para moverse dentro del modelo como resultados de factores de estrés normativo y no normativo, fácil de aplicar		
Edad Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo que ha vivido una persona hasta el momento del estudio	Ordinal 1.30-40 2.41-50 3.51-60 4.61-70 5.71-80 6.81-mas	Encuesta
Genero	Conjunto de diferencias biológicas entre individuos de la misma especie y que se complementan para la reproducción	Conjunto de seres pertenecientes. Femenino o Masculino	Nominal 1.- Femenino 2.- Masculino	Encuesta

Concepto de Familia	<p>Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un numero variable de miembros, que la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad</p>	<p>Grupo de integrantes que viven con el paciente diabético.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>1.Con Parentesco Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida Monoparental Monoparental extendida Extensa Extensa compuesta No parenteral</p> <p>2.Sin Parentesco Monoparental</p>	<p>Clasificación de las familias</p>
----------------------------	--	--	--	--------------------------------------

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III). Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias, integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación, entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre).

Aplicación: el cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir, se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificaciones aparecen en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con la relación a su familia, se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de

dar lectura el cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma.

Calificación: la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, la de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se obtendrán calificaciones de 40 puntos para cohesión y 27 para adaptabilidad que corresponde a familias semi relacionadas y familias flexibles.

Un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal. Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, sumando los puntajes da disfunciones como pareja severamente disfuncional, pareja con disfunción moderada, pareja funcional.

ASPECTOS ÉTICOS

Consideraciones éticas. El estudio se realizará de acuerdo, con la declaración de Helsinki modificada en Tokio, **sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos Humanos**. Incluyendo las últimas enmiendas, también se realizará de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su título segundo, capítulo primero, artículo 16, artículo 17, fracción I,II, III y en la obligación de los investigadores clínicos. El presente estudio se ajusta a las normas institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto, se realizará, hasta que haya sido aprobado por la comisión institucional, de ética e investigación. La información se manejará de forma anónima, no se difundirán los resultados sin previo consentimiento del participante aún para fines de investigación. En el caso que algún participante no acepte participar en forma voluntaria en la investigación, no se le coaccionará.

En el presente estudio se investigara si existe relación entre funcionalidad familiar y control glicémico.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo no probabilístico por cuota en un periodo de (3 meses) a 250 pacientes diabéticos de más de 30 años, con descontrol de glucosa, de los cuales 173 fueron del género femenino (69.20 %) y 77 el género masculino (30.8 %) del total de la muestra. (Tabla 1 y Grafica 1)

Del total de los datos sociodemográficos se encontró en los rangos de edad, en las encuestas realizadas de: un 33.20 % (83 pacientes) entre 51 a 60 años, 25.2 % (63 pacientes) de 41 a 50 años, 20 % (50 pacientes), de 61 a 70 años, 14 % (35 pacientes) son de 30 a 40 años, 6 % (15 pacientes) más de 71 a 80 años, 1 % (4 pacientes) con edad de 81 años o más. (Tabla 2)

En la aplicación del instrumento de evaluación de funcionalidad familiar FACES III, dio 193 pacientes con funcionalidad familiar (Balanceadas) y 57 pacientes con disfuncionalidad familiar (Extremas) y Moderadamente Disfuncionales no se obtienen en la U.M.F. C/ME No. 66. (Tabla 3 y Grafica 2)

Del total de pacientes en la clasificación de Adaptabilidad fueron flexibles un 44.4 % (111 pacientes), Caóticos 25.6 % (64 pacientes), Estructurado 17.2 % (43 pacientes), Rígido 12.8 % (32 pacientes).

Con respecto a la clasificación de Cohesión fueron relacionados 35.29 % (78 pacientes). No relacionados 32.58 % (72 pacientes), Semi relacionado 32.13 % (71 pacientes). Apegada 11.6 % (29 pacientes). (Tabla 4)

En la relación con el nivel de glucosa en rangos de 126 a 150 mg/dl son 25.6 % (64 pacientes), con 151 a 199 mg/dl 44 % (110 pacientes), en 200 a 250 mg/dl 24

%(60 pacientes), 251 a 300 mg/dl 4.8 % (12 pacientes), y por ultimo de 301 mg/dl o más, 1.6 %(4 pacientes). (Tabla 5 y Grafica 3)

De acuerdo a la tipología familiar del total de pacientes se encontraron a las familias: nuclear simple con 66.4 % (166 pacientes), Monoparental extendida 14 % (35 pacientes), Monoparental 6.4 %(16 pacientes), Nuclear extensa ascendente 4.8 % (13 pacientes), Persona que vive sola 3,6 % (9 paciente), Nuclear extensa descendente 2,4 % (6 pacientes), Reconstruida 1.2 %(3 paciente), No parental 0.40 % (1 paciente) (Tabla 6 y Grafica 4)

Se obtuvieron 57 pacientes con Disfunción familiar del género femenino 75.4% (43 pacientes), y masculinos 24.56 % (14 pacientes) (Tabla 7 y Grafica 5)

Los hallazgos encontrados en las encuestas realizadas del instrumento de medición de funcionalidad familiar FACES III son, con Disfunción familiar en los rangos de edad. Con un 35.09 % (20 pacientes) entre 51 a 60 años, 29.82 % (17 pacientes) de 41 a 50 años, 17.54 % (10 pacientes) que van de 31 a 40 años, 10.53 % (6 pacientes) son de 61 a 70 años, 7.02 % (4 pacientes) más de 71 a 80 años. (Tabla 8)

Del total de pacientes con Disfunción familiar (Extremas) en la clasificación de Adaptabilidad fueron Caóticos 54.91 % (37 pacientes), Rígido 35.09 % (20 pacientes).Y con respecto a la clasificación de Cohesión fueron, No relacionados 68.42 % (39 pacientes), Apegada 31.58 % (18 pacientes). (Tabla 9)

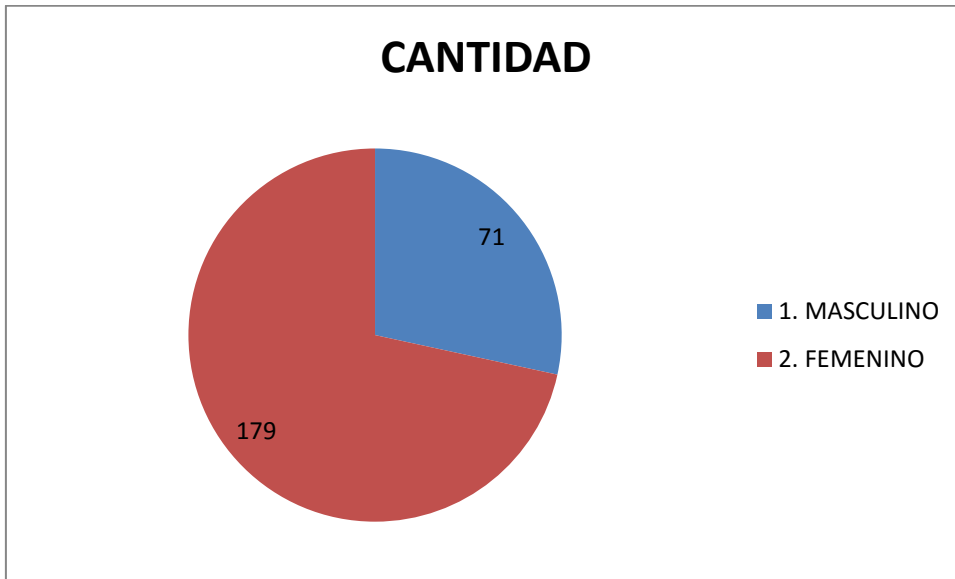
En la relación con Disfunción familiar (Extremas) con el nivel de glucosa en rangos de 126 a 150 mg/dl (4 pacientes) 7.02 %, 151 a 199 mg/dl (21 pacientes) 36.84%,

200 a 250 mg/dl (22 pacientes) 38.6 %, 251 a 300 mg/dl (8 pacientes) 14.04 %, 301 mg/dl o más (2 pacientes) 3.51 %. (Tabla 10 y Grafica 6)

En la tipología familiar del total de pacientes con Disfunción familiar (Extremas) se presentaron: nuclear simple (30 pacientes) 52.63 %. Monoparental extendida (8 pacientes) 14.04 %. Persona que vive sola (8 pacientes) 14.04 %. Monoparental (4 pacientes) 7.2 %. Nuclear extensa descendente (4 pacientes) 7.2%. Reconstruida (3 paciente) 5.26 %. (Tabla 11 y Grafica 7)

Sexo	Cantidad	%
1. Masculino	71	28.40%
2. Femenino	179	71.60%
Total	250	100.00%

Tabla 1 Distribución total por sexo.



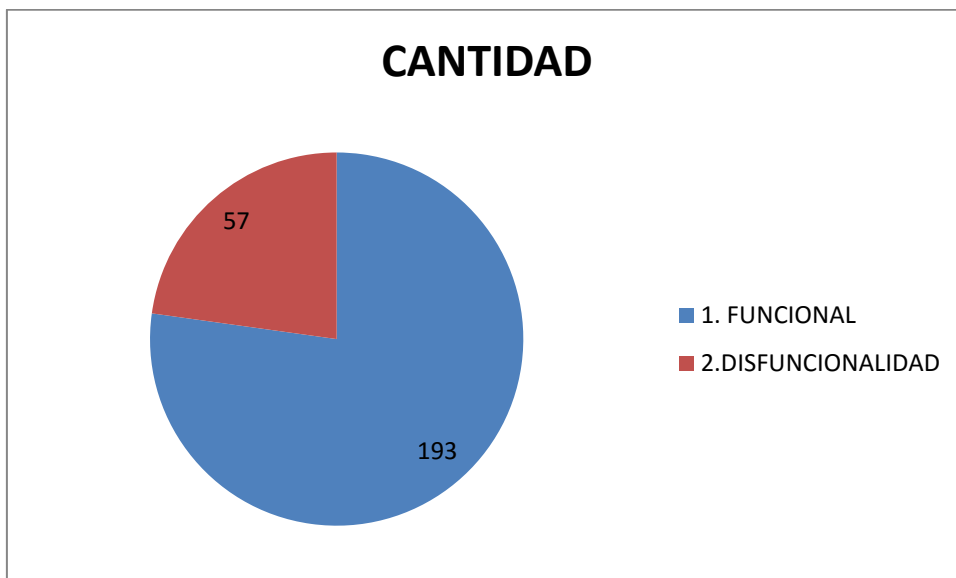
Grafica 1 Distribución total por sexo

Edad	Cantidad	%
1. 30 A 40 años	35	14.00%
2. 41 A 50 años	63	25.20%
3. 51 A 60 años	83	33.20%
4. 61 A 70 años	49	19.60%
5. 71 A 80 años	16	6.40%
6. 81 años y más	4	1.60%
Total	250	100.00%

Tabla 2 Distribución total por edad.

Funcionalidad Familiar	Cantidad	%
1. Funcionalidad (Balanceadas)	193	77.20%
2. Disfuncionalidad (Extremas)	57	22.80%
Total	250	100.00%

Tabla 3 Distribución Total de Funcionalidad familiar



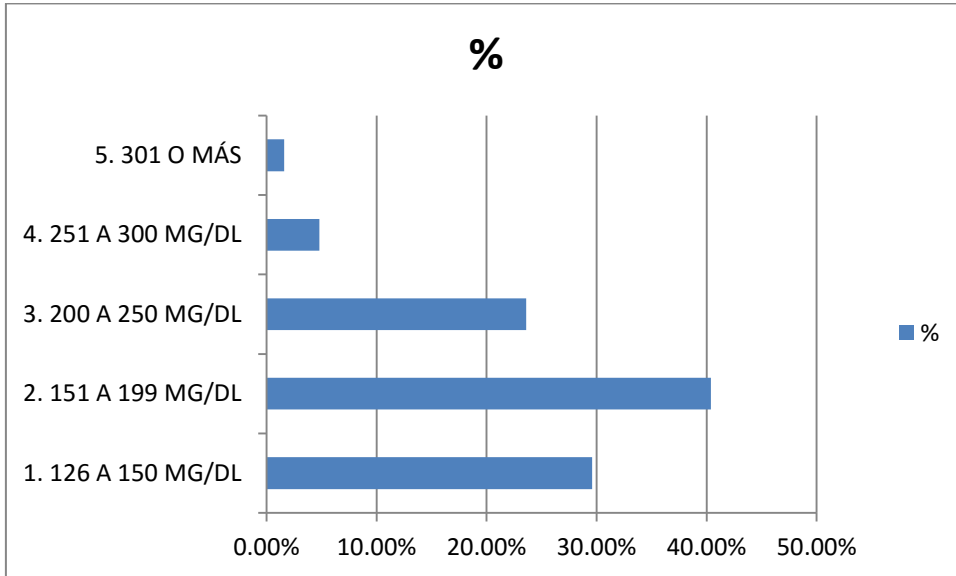
Grafica 2 Distribución Total de Funcionalidad familiar

FACES	CANTIDAD	%
ADAPTABILIDAD 1. RIGIDA (BAJA)	34	13.60%
ADAPTABILIDAD 2. ESTRUCTURADO	48	19.20%
ADAPTABILIDAD 3. FLEXIBLE	105	42.00%
ADAPTABILIDAD 4. CAOTICA (ALTA)	63	25.20%
TOTAL	250	
COHESION 1. NO RELACIONADO (BAJA)	73	29.20%
COHESION 2. SEMIRRELACIONADO	74	29.60%
COHESION 3. RELACIONADO	72	28.80%
COHESION 4. APEGADO (ALTA)	31	12.40%
TOTAL	250	

Tabla 4 Distribución del Faces III

GLUCOSA MG/DL	CANTIDAD	%
1. 126 A 150 MG/DL	74	29.60%
2. 151 A 199 MG/DL	101	40.40%
3. 200 A 250 MG/DL	59	23.60%
4. 251 A 300 MG/DL	12	4.80%
5. 301 O MÁS	4	1.60%

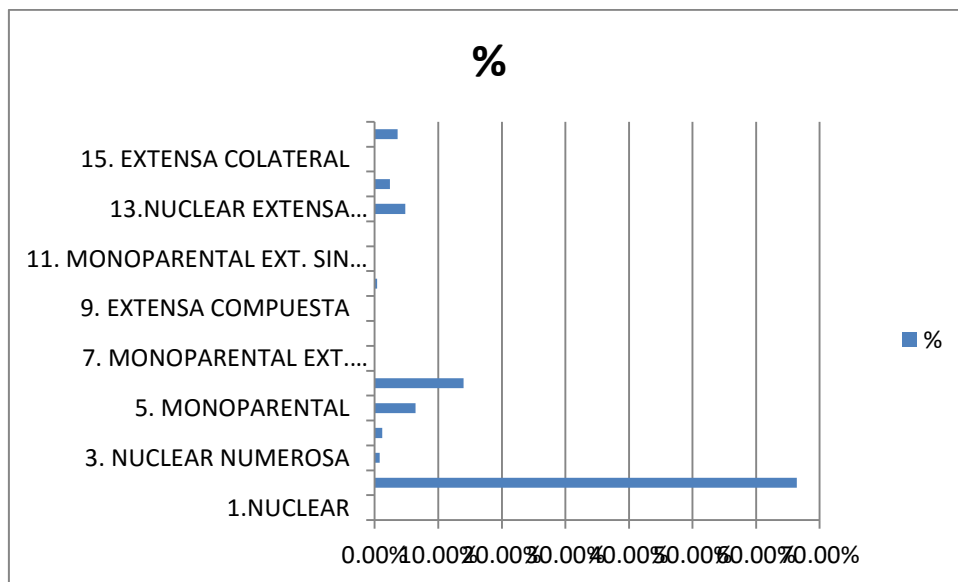
Tabla 5 Distribución por Glucosa



Grafica 3 Distribución por Glucosa

TIPOLOGIA FAMILIAR	CANTIDAD	%
1. NUCLEAR	0	0.00%
2. NUCLEAR SIMPLE	166	66.40%
3. NUCLEAR NUMEROSA	2	0.80%
4. RECONSTRUIDA	3	1.20%
5. MONOPARENTAL	16	6.40%
6. MONOPARENTAL EXTENDIDA	35	14.00%
7. MONOPARENTAL EXT. COMPUESTA	0	0.00%
8. EXTENSA	0	0.00%
9. EXTENSA COMPUESTA	0	0.00%
10. NO PARENTAL	1	0.40%
11. MONOPARENTAL EXT. SIN PARENTESCO	0	0.00%
12. GRUPOS SIMILARES	0	0.00%
13. NUCLEAR EXTENSA ASCENDENTE	12	4.80%
14. NUCLEAR EXTENSA DESCENDENTE	6	2.40%
15. EXTENSA COLATERAL	0	0.00%
16. PERSONA QUE VIVE SOLA	9	3.60%

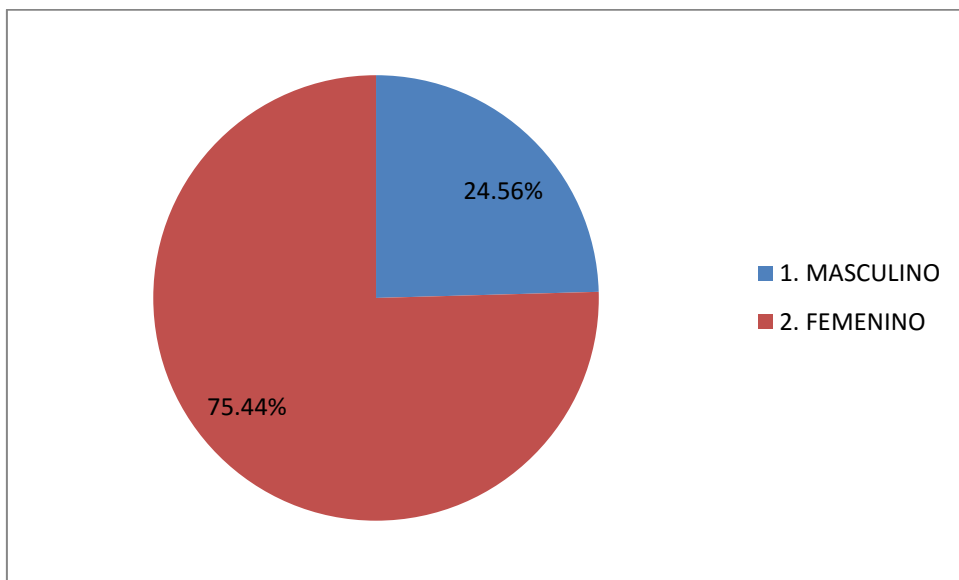
Tabla 6 Distribución por Tipología Familiar



Grafica 4 Distribución por Tipología Familiar

SEXO	CANTIDAD	%
1. MASCULINO	14	24.56%
2. FEMENINO	43	75.44%

Tabla 7 Distribución por sexo con Disfuncionalidad (Extremas)



Grafica 5 Distribución por sexo con Disfuncionalidad (Extremas)

EDAD	CANTIDAD	%
1. 30 A 40 AÑOS	10	17.54%
2. 41 A 50 AÑOS	17	29.82%
3. 51 A 60 AÑOS	20	35.09%
4. 61 A 70 AÑOS	6	10.53%
5. 71 A 80 AÑOS	4	7.02%
6. 81 AÑOS O MÁS	0	0.00%

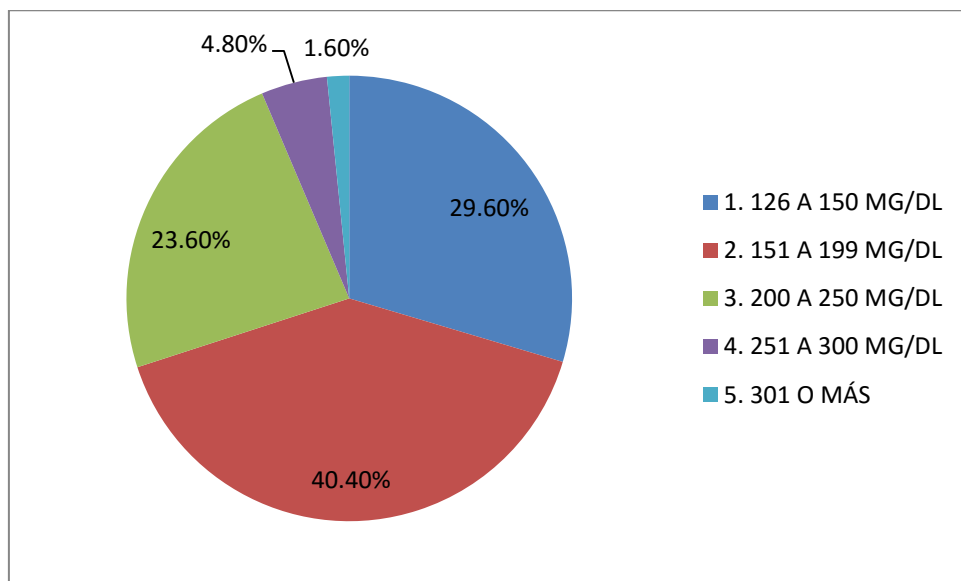
Tabla 8 Distribución por sexo con Disfuncionalidad (Extremas)

FACES	CANTIDAD	%
ADAPTABILIDAD 1.RIGIDA (BAJA)	20	35.09%
ADAPTABILIDAD 2.ESTRUCTURADO	0	0.00%
ADAPTABILIDAD 3.FLEXIBLE	0	0.00%
ADAPTABILIDAD .4.CAOTICA (ALTA)	37	64.91%
TOTAL	57	
COHESION 1.NO RELQCIONADO(BAJA)	39	68.42%
COHESION 2.SEMIRRELACIONADO	0	0.00%
COHESION 3.RELACIONADO	0	0.00%
COHESION 4. APEGADO(ALTA)	18	31.58%
TOTAL	57	

Tabla 9 Distribución por FACES III con Disfuncionalidad (Extremas)

GLUCOSA MG/DL	CANTIDAD	%
1. 126 A 150 MG/DL	4	7.02%
2. 151 A 199 MG/DL	21	36.84%
3. 200 A 250 MG/DL	22	38.60%
4. 251 A 300 MG/DL	8	14.04%
5. 301 O MÁS	2	3.51%

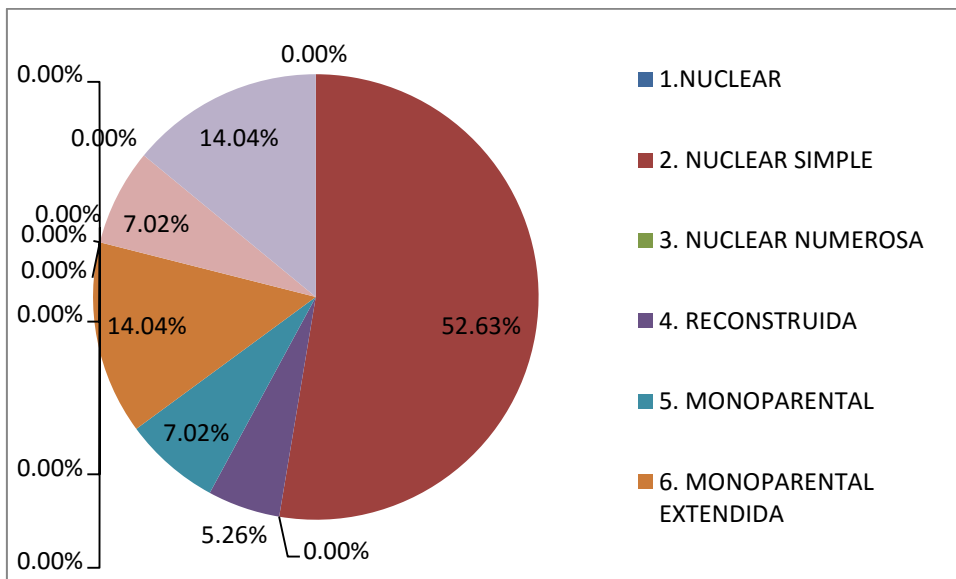
Tabla 10 Distribución por Glucosa con Disfunción (Extremas)



Grafica 6 Distribución por Glucosa con Disfunción (Extremas)

TIPOLOGIA FAMILIAR	CANTIDAD	%
1. NUCLEAR	0	0.00%
2. NUCLEAR SIMPLE	30	52.63%
3. NUCLEAR NUMEROSA	0	0.00%
4. RECONSTRUIDA	3	5.26%
5. MONOPARENTAL	4	7.02%
6. MONOPARENTAL EXTENDIDA	8	14.04%
7. MONOPARENTAL EXT. COMPUESTA	0	0.00%
8. EXTENSA	0	0.00%
9. EXTENSA COMPUESTA	0	0.00%
10. NO PARENTAL	0	0.00%
11. MONOPARENTAL EXT. SIN PARENTESCO	0	0.00%
12. GRUPOS SIMILARES	0	0.00%
13. NUCLEAR EXTENSA ASCENDENTE	0	0.00%
14. NUCLEAR EXTENSA DESCENDENTE	4	7.02%
15. EXTENSA COLATERAL	0	0.00%
16. PERSONA QUE VIVE SOLA	8	14.04%

Tabla 11 Distribución por Tipología Familiar con Disfunción (Extremas)



Grafica 7 Distribución por Tipología Familiar con Disfunción (Extremas)

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se encontró relación con lo publicado a nivel internacional y nacional. Después de analizar la relación entre funcionalidad familiar y control de glicémico en el paciente diabético tipo 2, se obtuvieron cifras muy similares a reportes previos, donde queda de manifiesto un gran porcentaje de diabéticos cursan sistemáticamente con cifras que corresponden a descontrol, como lo menciona Méndez – López.

De acuerdo al grado de Funcionalidad familiar en el paciente diabético tipo 2, se encontró en la publicación de Méndez - López las familias con disfunción familiar correspondieron a la mitad de la muestra de 300 pacientes el 50 % , en comparación con nuestro estudio se reporta una cuarta parte de las familias con disfunción familiar de 250 pacientes el 22.8 %, por lo que pone de manifiesto el impacto que esta enfermedad tiene en la vida familiar.

El grado de funcionalidad familiar por género, del grupo de total de pacientes (250) de 77 participantes masculinos, el 24.56 % (14 pacientes) tienen disfunción familiar. De 173 mujeres con el 74.44 % (43 pacientes) con disfunción familiar a diferencia del estudio Méndez y López, donde predominaron la mujeres 3 a 1 en hombres.

Para la identificación del tipo de familia en nuestro estudio fue; con disfunción familiar es más representativa en un 52.63 % la familia nuclear simple, compartiendo el mismo porcentaje la persona que vive sola y la familia mono parental extendida en un 14.4 %, en el estudio de Méndez y López menciona que

la mayoría de las familia son nuclear simple en un 45.5 %, encontrando relación con lo publicado y lo encontrado en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus es un problema de salud pública en países desarrollados y subdesarrollados, el promedio de edad de pacientes estudiados pone de manifiesto que esta enfermedad afecta a la población económicamente activa con porcentaje del 82.45 % y con niveles de glucosa en valores altos de un 75.44 % con un gran porcentaje de diabéticos con cifras que corresponden a un mal control, lo que incrementa el riesgo para las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se demuestra que la diabetes mellitus es más grave de lo que se pensaba, en lo que al aspecto emocional y la convivencia con la familia influye en el control de su enfermedad. Si a la función familiar se produce una alteración que ocasione una disfunción, esta será un factor adicional a los ya conocidos y relacionados con aspectos genéticos, biopsicosociales y ambientales (familia, socio económicos, educativo, demográfico, etc.) por lo cual debemos identificar el riesgo para la protección de los pacientes diabetes.

Es importante que después de los resultados de este estudio, se realice una estrategia para determinar la disfunción familiar y se hagan acciones para prevenir o ayudar al paciente.

REFERENCIAS

1. Olaiz G, Rojas R, Aguilar C, Rauda J, Villalpando V. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000. Salud pública México 2007 vol. 49 supl. 3 Cuernavaca
2. Conesa A, Diaz O, Conesa J, Domínguez E. Mortalidad por diabetes mellitus y sus complicaciones. Ciudad de la Habana, 1990 – 2002. Revista cubana de endocrinología 2010 21 (1) 35 – 5
3. Grupo de trabajo del manual IMAG. Un manual para prevenir la diabetes tipo 2 en Europa. Medical statistic consulting S.L. (Valencia. España) 2010;3-5
4. American Diabetes Association. Información sobre la diabetes. (revista electrónica) 2010 (consultado 07/04/2013). Disponible en: <http://www.diabetes.org>
5. González J, Vázquez E, Cabrera C, González G, Troyo R. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (2): 127 – 134
6. Cabrera C, Rodríguez I, González G, Ocampo P, Amaya C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. Salud mental 2006 vol 29 no. 4 julio – agosto
7. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Larry J. Diabetes mellitus. Principios de medicina interna Harrison 17 edición 2010;942-47
8. Alazán A, Mosquera M, Alear C. Control glicémico y metabólico integral: dos metas complementarias para el paciente diabético. Salud uninorte. Barranquilla (Col) 2008;24(2):205 – 215

9. González A, Elizondo S, Torres I, Rangel M, Ramírez M, Jiménez N. Control glucémico en pacientes ambulatorios con diabetes en la consulta externa del Hospital General de México. Rev Med Gen México 2010;73(3): 161-165
10. Nazar A, Salvatierra B. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. Pap. Poblac 2010. Vol. 16 no. 64. Toluca abr/jun
11. Programa de acción específico 2007-2012. Diabetes mellitus. Grupo editorial Raf, S.A. de C.V. Agosto de 2008, 11-13
12. Ortiz M, Garrido F, Orozco R, Pineda D, Marlene R. Sistema de protección social y calidad de la atención de hipertensión y diabetes mellitus en centros de salud. Salud publica México 2011 vol. 53 supl. 4 Cuernavaca
13. Tamez H, Quintanilla D, Hernández M, Ceja L, Gómez M. Tendencias en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, visión del especialista. Med Int Mex 2011; 27 (6): 535 – 538
14. Vázquez J, Mercadillo M, Celis J. Demanda de atención médica por diabetes mellitus en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011; 49 (2): 225 – 231
15. Fernando S. La mortalidad por diabetes mellitus en población derechohabiente del IMSS 1990 – 2005. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (5): 571 – 579
16. Gil I, Sil M, Domínguez E, Torres L, Medina J. Guía de práctica diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51 (1): 104 – 9

17. Martínez P. Funcionalidad familiar y diabetes tipo 2. Revista de la Universidad del AZUAY. 2009; dic. No. 50: 11-23
18. Cruz V, Martínez L, Garibay L, Camacho N. Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. Atención primaria 2011;43(2):89-94
19. Sánchez A, González A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. Rev. Esp. Med. Quir 2011;16 (2): 82-88
20. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7 Supl. 1.2005: pp 15-19
21. Cabrera C, Rodríguez I, González G, Ocampo P, Amaya C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. Salud mental.2006; Vol. 29. No.4.julio-agosto.
22. Cogollo Z, Gómez E, De arco O, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. 2009. Rev. Colombia. Psiquiatría. Vol. 38. No. 4.
23. Mendoza M. Disfunción familiar en el personal de la salud del hospital la paz en el año 2007. Archivo del Hospital la Paz. 2007. Vol. 5 No. 2 julio-diciembre
24. Méndez L, Gómez L, García R, Pérez L, Navarrete E. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. 2004. Rev. Med. IMSS; 42(4): 281-284

25. Solís M, Huerta S, Sainz V, Alfaro G, Sánchez M, Hernández P. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de medicina familiar 2006;Vol. 8(1) Enero-Abril:21-32
26. Schmidt V, Barreyro J, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III ¿modelo de dos o tres factores? Escritos de psicología 2010;Vol. 3 No. 2 pp.30-36

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

FACES III

1 nunca 2 casi nunca 3 algunas veces 4 casi siempre 5 siempre

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- _____ 1 Los miembros de la 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 cercanos.
- _____ 6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son nuestra familia.
- _____ 8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- _____ 11 nos sentimos unidos.
- _____ 12 En nuestra familia los hijos toman las lecciones.
- _____ 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.
- _____ 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 quien hace las labores del hogar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL GLICEMICO

Nombre del estudio:	RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL GLICEMICO
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ME No 66 APODACA NUEVO LEÓN FEBRERO 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	NO SE CUENTA CON PUBLICACIONES SUFICIENTES SOBRE ESTE TEMA EN MÉXICO MOTIVO POR EL CUAL CONSIDERAMOS DE VITAL IMPORTANCIA INICIAR UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE DICHO TEMA, PARA EN FUTUROS ESTUDIOS DESARROLLAR TÉCNICAS DE PREVENCIÓN PARA DISMINUIR O ERRADICAR LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.
Procedimientos:	SE APLICARA EL FACES iii PARA OBTENER EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2
Posibles riesgos y molestias:	NO APLICA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	INFORMACION DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE EL MEDICO DE PRIMER CONTACTO UTILICE COMO HERRAMIENTA PARA PREVENIR EL IMPACTO SOBRE SUS RELACIONES FAMILIARES,
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS ESTADISTICAS SERAN INFORMATIVOS PARA APLICAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA FACILITAR EL CONOCIMIENTO SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO INTEGRAL. SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACION EN SESIONES ACADEMICAS Y SE PUBLICARA EN CASO DE SER SOLICITADO.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION SE LLEVARA A CABO DE MANERA VOLUNTARIA DE IGUAL MANERA SE PODRA RETIRAR DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE EL PARTICIPANTE ASI LO DECIDA SIN TEMOR A REPRESALIAS.
Privacidad y confidencialidad:	LOS DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN EN EL ESTUDIO SON CONFIDENCIALES Y SOLO SE PUBLICARAN CON FINES ESTADUISTICOS RESPALDADOS POR LO S PRINCIPIOS ETICOS EN LA DECLARACION DE HELSINSKI
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	MEJORAR LA ATENCION INTEGRAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.
	En caso de colección de material biológico (si aplica)
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se me tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable:	DR.FREDY DIAZ CARLOS MATRICULA: 99204497
Colaboradores:	

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

RESUMEN

Título: Relación entre Funcionalidad Familiar y control Glicémico.

Introducción: La diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos con niveles elevados de glucosa de manera crónica, relacionados con el daño micro y macro vascular, se han establecido metas de glucosa en ayuno, glucosa postprandial y HbA1c que se deben alcanzar durante el tratamiento del paciente diabético, la ADA recomienda cada 4 meses la medición de glucosa en pacientes descontrolados. La prevalencia en México de DM es de 9.1 % de la población mayor de 20 años y en Nuevo León del 11,4 %, por lo que es un reto para salud pública de nuestro país, la prevención y control de la diabetes, afectando a las poblaciones de bajos recursos. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas o negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, en la dinámica familiar funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas de cada integrante, las familias disfuncionales (Extremas) se caracterizan por una rigidez que no se permiten revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. Por lo que es importante estudiar al paciente diabético y su familia, utilizando el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar faces III.

Objetivo: Identificar la relación entre funcionalidad familiar y control glicémico en el paciente diabético tipo 2.

Material y Métodos: Es un estudio por cuotas de relación no probabilístico por conveniencia y por un tiempo de tres meses, en pacientes diabéticos tipo 2, de más de 30 años de edad que pertenecen a la UMF C/ME No. 66, que cumplan con los criterios de selección, el número de paciente se obtendrá a través del sistema operativo sistema de información médica operativa; los pacientes aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado, se excluyeron los pacientes con trastornos mentales.

Resultados: En 250 pacientes diabéticos con descontrol de glucosa, de los cuales 173 fueron del género femenino (69.20 %) y 77 el género masculino (30.8 %), en la aplicación del instrumento de evaluación de funcionalidad familiar FACES III, dio 193 pacientes con funcionalidad familiar (Balanceadas) y 57 pacientes con disfuncionalidad familiar (Extremas), y de acuerdo a la tipología familiar del total de pacientes se encontraron a las familias: nuclear simple con 66.4 % (166 pacientes), Monoparental extendida 14 % (35 pacientes), Monoparental 6.4 % (16 pacientes), Nuclear extensa ascendente 4.8 % (13 pacientes), Persona que vive sola 3,6 % (9 paciente), Nuclear extensa descendente 2,4 % (6 pacientes), Reconstruida 1.2 % (3 paciente), No parental 0.40 % (1 paciente).

Conclusiones: Con los resultados obtenidos en el presente estudio se demuestra que la diabetes mellitus es más grave de lo que se pensaba, en lo que al aspecto emocional y la convivencia con la familia influye en el control de su enfermedad.