



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 46
CULIACAN, SINALOA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS
TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO
28 COSTA RICA SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MARCOS ALBERTO MARTINEZ CERON

CULIACAN, SIN.

2012



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2,
CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA
SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARCOS ALBERTO MARTINEZ CERON

AUTORIZACIONES:

DRA. PAULA FLORES FLORES
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

DR. JESUS RODRIGUEZ LOPEZ
COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL
DE EDUCACION EN SALUD

DRA. ROGIO CAMELO CARRASCO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

DR. NORIEGA GIL ORLANDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF.No.46
CULIACAN, SINALOA

CULIACAN, SINALOA SEPTIEMBRE DEL 2012

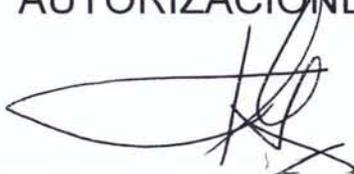
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS CON
BUEN Y MAL CONTROL DEL HOSPITAL GENERAL ZONAL
NÚMERO 28, COSTA RICA, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MARCOS ALBERTO MARTINEZ CERON

AUTORIZACIONES:



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



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

INDICE

	Paginas
AGRADECIMIENTOS	
TITULO.....	2
MARCO TEORICO.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	16
CRITERIOS.....	17
AMBITO GEOGRAFICO DE ESTUDIO.....	18
RECURSOS.....	19
DISEÑO ESTADISTICO.....	20
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	33
ANEXOS.....	49
RERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por darme el gran regalo que es (la vida), por acompañarme siempre en todos los caminos que he recorrido, por darme la fortaleza en los momentos difíciles, y me iluminaba los caminos correctos para seguir en la lucha y poder continuar en este sueño, por darme la dicha de ser el profesionista que hasta el momento soy y demostrarme que ha valido la pena todo y cada esfuerzo que he realizado en todos los momentos.

A MI ESPOSA:

Con muy especial mi agradecimiento a mi esposa Gloria, y a que ella me ha brindado su apoyo y amor de manera incondicional en todos los momentos, días, minutos y segundos, comprendiendo mis ausencias y demostrándome y dándome ejemplos de crecimiento sin importar lo difícil o complicados que estos sean, y darme la seguridad y confianza que siempre me ha dado. Que me ha motivado para crecer siempre juntos sin importar lo difícil que sea cada reto.

A MIS HIJOS:

Marcos Alexis y Axel ya que todo lo que yo hago siempre lo hago pensando solo en ellos y que eso me ha fortalecido, para poder seguir adelante en todos mis sueños y proyectos, los cuales no los realizara sin ellos conmigo, y le doy gracias a dios por pertenecer a sus vidas y que me han entendido en este proyecto de mi vida y han tenido paciencia en ciertas ausencias importante de sus propias vidas.

A MIS PADRES:

Por darme la vida y estar conmigo en todos los momentos fáciles y difíciles, ya que me han demostrado que no existen caminos difíciles, cuando uno tiene la meta bien definida de lo que uno quiere ser, y por dar todo lo que tienen y lo que no tienen para que salga adelante en todos mis proyectos, y que aunque no hay libro me han ayudado a entender la dificultad de ser padre, y que con el mismo amor que ellos me han dado, es el mismo amor que yo les doy a mis dos hijos.

A MIS HERMANOS:

En especial agradecimiento a mis cinco hermanos, David, Luis, Griselda e Iván, ya que aunque ellos son menores que yo, me han apoyado de manera incondicional en todos estos momentos y apoyado para poder lograr mis sueños, que nunca dijeron un no para apoyarme con mis estudios, mis hijos y esposa.

A MIS MAESTROS:

Dra. Roció Camelo, Dra. Ajiche García, Dra. Tania García, Dr. Orlando Noriega, ya que todos ellos son parte muy importante de mi formación, y enseñarme en todo momento los caminos correctos para la formación de un medico de familia, gracias, por todo su apoyo y felicidades por que lo han hecho de una manera fácil, con mucha dedicación y profesionalismo, sin ustedes y o no hubiera tenido esta formación que hoy tengo, los llevare siempre en mi corazón.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Bernardo López, Jazmín, Eiba, y Araceli que siempre estuvieron conmigo en todos los momentos viviendo día a día y cada momento difícil de este curso, brindando apoyo incondicional, y aportando todas mis tareas y bromas realizadas a ellos, pero con un sentimiento muy especial a mi amigo Bernardo, que siempre me apoyo, y escucho de manera incondicional en todo momento, que siempre lo he considerado más que un amigo sino como un hermano.

A MI AMIGO Y COMPADRE RAFAEL REYES GARCIA: ya que él siempre ha sido un pilar e impulso para mi desarrollo profesional, un ejemplo de crecimiento personal, y que me ha demostrado que cerca o distantes siempre seremos amigos.

A TODAS LAS PERSONAS: Que han contribuido de manera directa e indirecta para poder terminar esta meta más en mi vida, y que me han enseñado que no hay nada más importante que crecer, pero siempre con la humildad en la mente y en el corazón y que con el mismo ser el profesionalista que hoy me formo.

MARCO TEORICO.-

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, se denomina: ¹

- Alteración del metabolismo de la glucosa, a la glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa. Ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes.
- Diabetes, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.
- Resistencia a la insulina, a la disminución de la acción de esta hormona en los tejidos muscular, hepático y adiposo.
- Síndrome metabólico, a las diversas manifestaciones y entidades con una característica común: resistencia a la insulina. Dentro de estas entidades se encuentran: HTA, obesidad, dislipidemia, hiperuricemia, diabetes o intolerancia a la glucosa, elevación de fibrinógeno, microalbuminuria, elevación del factor de von Willebrand, elevación de ferritina y aumento del PAI-1.¹

La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico multifactorial. Se caracteriza por hiperglucemia crónica, resistencia a la insulina y un defecto en la secreción de insulina. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 está aumentando en todo el mundo, en nuestro país se registra un aumento desde 7.5% en 2001 hasta 10.7 en 2010, en gran parte debido al incremento de la obesidad y a la alta frecuencia de

sedentarismo en la población.² La prevención del diagnóstico temprano, y el tratamiento son muy importante en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Muchas de las complicaciones asociadas con la diabetes, tales como nefropatía, retinopatía, neuropatía, enfermedad cardiovascular, evento vascular cerebral, y muerte, pueden ser retrasadas o prevenidas con tratamiento apropiado de la elevación de la presión arterial, lípidos y glucosa sanguínea.³

Frecuentemente, cuando se menciona el control de diabetes se piensa en el seguimiento de cifras glucémicas cercanas a la normalidad y se descuidan otras variables de riesgo cardiovascular como son hipertensión, obesidad y dislipidemia.⁴ Diversos estudios han demostrado que los pacientes que presentan obesidad abdominal, se ha encontrado la presencia de ácidos grasos libres y que éstos puedan resultar en insulinoresistencia en el músculo y en el hígado, con aumento de triglicéridos y aumento de secreción de insulina y anomalías vasculares. Asimismo algunos otros estudios confirman la necesidad de mejorar los controles integrales de riesgo cardiovascular de manera complementaria a los específicos para niveles glucémicos, para así procurar asegurar una mejor calidad de vida presente y futura de estos pacientes, desarrollo de menor cantidad de complicaciones y optimización de recursos físicos y profesionales.

La diabetes tipo 2 ha emergido como un diagnóstico entre los adolescentes en los Estados Unidos, particularmente entre los grupos minoritarios y concurrente con una bien documentada epidemia de sobrepeso y obesidad.⁵ Al igual que los adultos la progresión de la enfermedad está relacionada a los efectos en la función de las células beta pancreáticas y a la sensibilidad a la insulina alterada. Los adultos tienen una pérdida estimada del 50 al 75% de la función de las células beta pancreáticas. Los casos pediátricos sugieren una más rápida disminución de la función de las células beta, asimismo es bien sabido que entre los jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 se requiere una terapia intensiva más temprana en el proceso de la enfermedad.⁶

En el control y seguimiento el paciente diabético se precisa la realización de exámenes analíticos para la valoración de distintos parámetros: el control glucémico, mediante la determinación de la hemoglobina glucosilada, el control del perfil lipídico, estudiar si hay afectación de la función renal y descartar alteraciones tiroideas.⁷ Los criterios para evaluar el control de la diabetes forman parte de los programas institucionales de México e incluyen, en la mayoría de los casos, la medición de cinco variables: glucosa, colesterol total, triglicéridos, índice de masa corporal y presión arterial.⁸

Las guías de práctica clínica, desde las más antiguas hasta las más recientes han otorgado una extraordinaria importancia al valor de la hemoglobina glucosilada como imagen de control glucémico, aunque no siempre en el mismo nivel.

Casi el 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen cifras de hemoglobina glucosilada por encima de lo que generalmente se recomienda. Los objetivos actuales de las terapias de diabetes mellitus tipo 2 es reducir las cifras de hemoglobina glucosilada a menos de 7% o igual o menor de 6.5% de acuerdo a los lineamientos establecidos por la asociación americana de diabetes y la asociación americana de endocrinólogos clínicos/colegio americano de endocrinología.⁹

En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte a contribuir con 12% del total de muertes. Se estimó para el año 2030 una prevalencia nacional de 10.9% y tan sólo en 2002 se registraron 114.6 nuevos casos por cada 100,000 habitantes. En el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264,000 años de vida saludables por muerte prematuras y 171,000 por discapacidad en diabéticos de más de 45 años. Las pérdidas para los servicios de la salud son del orden de los 318 millones de dólares por año, la atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta el 15% del total de sus

recursos y es el rubro del gasto más importante del IMSS. Este costo en la atención se debe principalmente a las complicaciones secundarias de la enfermedad. Es necesaria una orientación de las estrategias de intervención terapéutica para retrasar el desarrollo del daño a nivel macro y microvascular, para disminuir así los costos de atención personales y familiares, y evitar la pérdida de productividad individual.¹⁰

El primer censo de pacientes diabéticos, realizado en 2004 por el IMSS, estimó un total de 2,334,340 personas afectadas por esta enfermedad. En ese mismo año se otorgaron 8.54 millones de consultas de medicina familiar para casos de diabetes, equivalentes a 13.0% del total de consultas en esta especialidad. En el IMSS se registran anualmente cerca de 153,000 nuevos casos de diabetes mellitus (420 diagnósticos diarios) y 18,170 defunciones por sus complicaciones en individuos entre los 15 y los 64 años de edad. En el periodo comprendido entre 2002-2004, estimaron los costos directos de la atención médica a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el costo total anual de los pacientes para el IMSS fue de US\$454,064,988. Correspondiente a 3.1% del gasto de operación. El costo promedio anual por paciente fue de US\$3193.75. Correspondiendo \$2740.34 para pacientes sin complicaciones y \$3550.17 para el paciente con complicaciones. Los días/cama en hospitalización y en unidad de cuidados intensivos fueron los servicios con mayor costo.¹¹

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas; los factores de riesgo para el apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí.¹²

El proceso educativo individual y grupal es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético para promover el autocuidado de la salud-enfermedad; las

metas son optimar el control metabólico, prevenir las manifestaciones tardías y mejorar la calidad de vida del paciente sin repercusiones económicas sociales y familiares. Se ha señalado que la intervención educativa es una estrategia efectiva para mejorar el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Existe evidencia a través de diferentes ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales y metaanálisis, en torno a que la participación de la educación en nutrición mejora el control metabólico con una reducción en los niveles de glucosa en sangre y hemoglobina glucosilada en los diabéticos.¹³

La educación del médico es un factor determinante para el control de los padecimientos. Si bien la mejor manera de evaluar el quehacer médico es a través de los resultados favorables en beneficio de los pacientes, como las acciones de prevención y tratamiento de los padecimientos, esto es muy subjetivo debido a que en la evaluación de los resultados influyen factores de los pacientes y del médico.¹⁴

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad.¹⁵ Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.¹⁶

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de familia se designaba a

todo el grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y muerte de todos ellos.¹⁶ En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal, subsistema fraterno-filial y subsistema fraternal.¹⁷ La teoría sistémica define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos y subunidades que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia.¹⁸

La funcionalidad de la familia mide el grado en que una familia funciona como una unidad, esto denota la capacidad de la familia para hacer frente y adaptarse a diferentes situaciones. La detección de funcionamiento de la familia es importante para identificar las fortalezas que pueden servir como amortiguadores para hacer

frente a los factores de estrés.¹⁹

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar a cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.²⁰

Es vital que la familia varíe los roles y las normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. En este contexto, diversos autores indican que la familia tradicional nuclear sería la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas, mientras que otras estructuras familiares soportarían peor los cambios.²¹

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. Aunque existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia, la entrevista clínica es el patrón de referencia y su calidad y eficacia dependen mucho de las capacidades, las habilidades, las destrezas, la experiencia, la competencia y la ética de los profesionales médicos familiares, enfermeras, terapeutas de familia, psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas, principalmente.²²

La evaluación de la función familiar tienen en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede 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.²³

Hay estudios donde se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en la población mexicana, se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al., que

observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0.80.5.

El instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson y cuyas siglas en español significan escalas evaluativas de cohesión y adaptabilidad familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen.

El instrumento FACES III que valora a través de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites así como la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para ello destina las preguntas para la cohesión y las preguntas para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión en: no relacionadas con un valor entre 10 y 34, semirelacionadas con un valor entre 35 y 40, relacionadas con un valor entre 41 y 45, y aglutinadas entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en rígida con un valor entre 10 a 19 puntos, estructurada entre 20 a 24 puntos, flexible entre 25 y 28 puntos, y caótica entre 29 y 50 puntos de esta combinación resultan 16 tipos de familias según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales según el modelo circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento y seguir con las familias.²⁴

El instrumento FACES III es la tercera versión de un instrumento para evaluar la cohesión y adaptabilidad en la familia desarrollada por Olson y sus colaboradores en las últimas décadas. El instrumento se ha diseñado, utilizado y validado en población anglosajona en Norteamérica; dichos autores refieren que los coeficientes de confiabilidad de FACES III en diferentes estudios realizados por ellos han sido respectivamente mayores a 0.80 determinando el coeficiente alfa de Cronbach.²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa la cual se diagnostica a través de la clínica por los síntomas (poliuria, polidipsia y polifagia), y rectificado por laboratorio (glucemia sérica y/o capilar) cumpliendo con los criterios diagnósticos basados en los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por lo cual y considerando que la diabetes mellitus tipo 2 ya es un problema de salud que su frecuencia va en aumento y existiendo cada vez mayor demanda de pacientes con dicha patología tanto en instituciones gubernamentales como a nivel privado y que no existen los suficientes recursos para la atención. Se realiza esta tesina con el propósito de reconocer que existe un cronograma en el de la glicemia de cada paciente el cual pueda permitir revaloración continua en la atención del tratamiento y prevención en las complicaciones.

La diabetes es una enfermedad que se produce por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y en la orina, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina para cubrir sus necesidades o bien, cuando la que se produce no se metaboliza efectivamente (Federación Mexicana de Diabetes, FMD, 2008); es una enfermedad multiorgánica, con afectación en el sistema macro y microvascular, que tiene como consecuencia, lesión en diferentes órganos y sistemas del cuerpo tanto a corto como a largo plazo.

La razón de enfocarse sobre esta enfermedad crónica se explica a continuación: De acuerdo con la FMD (2008), la población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones, de los cuales 2 millones no han sido diagnosticados aún y del total de personas con la enfermedad, un 90% presentan la diabetes tipo 2, ocupando México el noveno lugar de diabetes en el mundo; además, se calcula que 13 de cada 100 muertes en el país son producto de sus complicaciones.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y EL DESCONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA N° 28 DE COSTA RICA, SINALOA?

JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus, actualmente continúa en aumento, ocupando el primer lugar según el Sistema Nacional de Información en Salud como causa de morbimortalidad y vigilancia médica en el primer nivel de atención. En nuestro país, constituye un grave problema de salud que se incrementa año con año, y que provoca grandes repercusiones económicas y sanitarias, las complicaciones macro y microvasculares asociadas a esta enfermedad aumentan con el tiempo de evolución de la misma.

La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa.

En la práctica diaria, es común, sobre todo en la consulta de medicina familiar, encontrarse con pacientes con padecimientos crónico-degenerativos como la Diabetes Mellitus tipo 2, que son miembros de familias extensas, los cuales asisten solos a la cita de control; estos pacientes son los que más comúnmente presentan descontrol de sus padecimientos, ya que la mayoría refieren que no hay en su casa alguien que se encargue de darle sus medicamentos por lo que con mucha frecuencia son desapegados al tratamiento, a diferencia de los pacientes que acuden acompañados a la consulta, se observa en estos últimos un mejor control de los padecimientos. Es bien sabido el rol que juega la familia en el proceso salud enfermedad de sus miembros, así mismo es bien conocido que las familias con una adecuada funcionalidad son las que contribuyen mejor al control de este tipo de pacientes.

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyar a sus

miembros adquiere más importancia que nunca, y a que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente.

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

La Diabetes Mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las principales causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento para lograr

el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y cuidado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretudo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc.

El impacto de la Diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta del paciente frente a la enfermedad será de acuerdo a sus creencias y expectativas, experimentará un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún con la pérdida de salud

El diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 o la aparición de sus complicaciones se realiza con más frecuencia en la cuarta etapa del ciclo vital familiar. Esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la partida de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja; la

mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida, que venía constituido por la crianza de los hijos; el marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9 % en las poblaciones urbanas y de 3.2 % en las rurales.

Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas³ relacionada con el grado de control metabólico.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación síntomas.

Mediante una encuesta comparativa y prospectiva realizada en la Unidad de Medicina Familiar 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Madero, Tamaulipas, entre el 1 de marzo de 2001 y el 31 de octubre de 2002, Se

estudiaron 300 pacientes diabéticos con un Intervalo de edad entre 27 y 60 años, con promedio de 49.18 ± 7.2 años. Se formaron dos grupos: uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción familiar, cada uno integrado por 150 pacientes.

Del grupo con funcionalidad familiar 74 % correspondió al sexo femenino, al igual que en el grupo control. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, 39.2 % tenía menos de cinco años y 60.8 % de cinco a 10 años.

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar la dinámica a través de la satisfacción o insatisfacción del entrevistado con su vida familiar, así como conocer la percepción del funcionamiento a fin de determinar si la familia es una influencia en el grado de control de la diabetes mellitus tipo 2.

Los conocimientos que los pacientes tenían acerca de la diabetes mellitus se investigaron en relación con la alimentación recomendada, sintomatología, medidas de control necesarias en esta enfermedad, incluido el ejercicio físico, y complicaciones. En el grupo identificado con funcionalidad familiar 64 % (96 pacientes) obtuvo una calificación menor de 60, en comparación con el grupo de disfunción familiar donde 92 % obtuvo menos de 60. De acuerdo con la definición operacional de la variable de control en el paciente diabético, 80 % de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, mientras que sólo 56 % de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características.

Más de 60 % de los pacientes recibían tratamiento combinado con metformina y glibenclamida.

Valadez et al. (1993) realizaron un estudio para identificar características familiares de 121 pacientes con DM 2 e identificaron que 74.3% de los pacientes clasificó a su familia como funcional de acuerdo al Apgar familiar. Al entrevistar a otros miembros de la familia se identificó que 78.8% de los familiares comparten esta opinión.

Arriaga et al. (2003) realizaron un estudio para comparar dos grupos de pacientes geriátricos, uno con DM 2 y otro aparentemente sano e identificaron en el primer grupo alteración de la funcionalidad en el 61% de las familias en contraposición con el grupo sano en el cual solo el 22% presentó alteración en la funcionalidad

familiar. El 39% y 78% restante de las familias no presentaban alteración en la funcionalidad familiar.

Méndez et al. (2003) Realizaron un estudio en 300 pacientes con DM 2, para identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético, identificando que 80% de los pacientes pertenecientes a familias funcionales mostraron parámetros dentro de los límites de control, mientras que el 56% de las personas pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron parámetros dentro de los límites de control ($p < 0.001$). Se llegó a la conclusión que la disfunción familiar se asocia con falta de control en el paciente diabético.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Determinar si existe relación entre disfunción familiar y descontrol de diabetes mellitus tipo 2.

Conocer la funcionalidad familiar de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con buen y mal control, del Hospital General de Subzona N° 28, de Costa Rica, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar el grado de control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Evaluar la tipología familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Registrar la Edad, ocupación, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico de los pacientes diabéticos tipo 2.
- Medir funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

Encuesta descriptiva, observacional y transversal

DISEÑO DE ESTUDIO.

Según el tiempo que se capta la información es prospectivo ya que la información se capta después de la planeación de la investigación, de acuerdo a la medición de las variables es un estudio transversal ya que las variables se miden en una sola ocasión, según la comparación de las poblaciones es un estudio descriptivo debido a que el estudio sólo cuenta con una población, y de acuerdo a la interferencia del investigador del fenómeno que se analiza es un estudio observacional ya que el investigador no modifica ninguna de las variables estudiadas.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se realizó a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con adscripción al Hospital General de Sub Zona N° 28, Costa Rica, Sinaloa. Durante el periodo del día primero de julio al día 31 de agosto del 2012.

DISEÑO ESTADÍSTICO.

TIPO DE MUESTREO: no probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Cálculo del tamaño de la muestra:

Numero total de pacientes= 3012

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 P (1-P)}{d^2}$$

d 2

$$n = \frac{(3.84)^2 (0.12) (1-0.12)}{(0.05)^2}$$

(0.05)²

$$N = 0.4055$$

0.0025

$$n = 162.2$$

X 0.25 por posibles pérdidas = 24

$$n = 186$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

2. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano social con adscripción al Hospital General de Sub Zona N° 28, Costa Rica, Sinaloa.
3. Pacientes de ambos sexos.
4. Pacientes de ambos turnos.
5. Pacientes de cualquier edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes no derechohabientes del Hospital General de Sub Zona N° 28, Costa Rica, Sinaloa.
2. Pacientes con diabetes mellitus tipo I
3. Personas que no firmen hojas de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Encuestas incompletas

INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES.

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	FORM A OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE	INDICADOR
EDAD	Tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento	Fecha de nacimiento	nominal	Cuantitativa Continua	Años
Escolaridad	Conjunto de Cursos que un Estudiante sigue en un establecimiento Docente	Años aprobados en el último nivel educativo	Ordinal	Cualitativa	1.-Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.-Técnica 6.- Profesional
Ocupación	Tarea o función que un individuo desempeña actualmente	Actividad que refiere el paciente	nominal	Cualitativa	1.-Empleado. 2.-Negocio propio 3.-Jornalero 4.-Profesionista
Estado civil	La relación jurídica entre una persona y otra	Cuando respondió verbalmente casado o unión libre	nominal	Cualitativa	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Viudo 4.- Divorciado 5.- Unión libre

<p>Tipología familiar</p>	<p>clasificación de la familia de acuerdo a su composición</p>	<p>TIPOLOGIA FAMILIAR 1. COMPOSICIÓN Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad. Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexos legal (amigos, compadres, etc.)</p>	<p>Nominal</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>1.- Nuclear 2.- Seminuclear 3.- Extensa 4.- Compuesta</p>
<p>Tiempo de evolución de la diabetes mellitus</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la patología hasta la fecha de realización del presente estudio.</p>	<p>Años</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Mínima <29 años Máxima >30 años</p>
<p>Diabetes mellitus tipo</p>	<p>Tipo de diabetes en la</p>				

2	que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.	Diabetes Mellitus tipo 1 Diabetes Mellitus tipo 2	Nominal	Cualitativa	Tipo 1 y tipo 2
Diabetes mellitus tipo 2 controlada	: cifras de glucemia central por debajo de 126 mg/dl y/o HbA1c igual o menor de 7%	Diabetes Mellitus tipo 2	Ordinal	Cuantitativa	Glicemia en ayuno < 126mg/dl o HbA1C menor de 6.9%.
Diabetes mellitus tipo	cifras de glucemia	Diabetes	Ordinal	Cuantitativa	Glicemia en ayuno > 126mg/dl

2 descontrolad	central por arriba de 126 mg/dl y/o HbA1c mayor de 7%	Mellitus tipo 2			o HbA1C m ayor de 7%.
FACES III	de evaluación de la cohesión y funcionalidad familiar	Adaptabilidad y Cohesión	Nominal	Cualitativa	Funcional Disfuncional
Funcionalida d familiar:	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Adaptabilidad y Cohesión	Nominal	Cualitativa	Adaptabilidad Funcional: 20 -28 puntos Cohesión: Funcional: 35 -45 puntos
Disfunción familiar:	como su nombre lo indica, hace elusión a los trastornos que producen disminución	Adaptabilidad y Cohesión	Nominal	Cualitativa	Adaptabilidad Disfuncional: < 20 puntos Cohesión: Disfuncional: < 35 puntos.

	en el funcionamient o de un sistema familiar				
--	--	--	--	--	--

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se acudió por las mañanas al laboratorio de análisis clínicos del hospital, donde se entrevistaron a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se les solicitó su participación, se procedió a pedir que firmen hoja de consentimiento informado, posteriormente se les pidió que completaran el cuestionario de la escala de evaluación para el funcionamiento familiar FACES III para determinar funcionalidad y tipo de familia. Una vez recabados los datos se procedió a obtener la calificación de la escala FACES III y se almacenó en una base de datos para una vez completada la muestra requerida, proceder al análisis estadístico.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos humanos.

Residente de tercer grado de medicina familiar modalidad Semipresencial, adscrito a UMF N° 46, Culiacán, Sinaloa, llevará a cabo la aplicación de pruebas diagnósticas y recolección de datos, 10 hrs semanales.

Recursos materiales.

Se cuenta con lo necesario (que es lo necesario? Material de papelería, software para análisis estadístico, computadora, espacio, etc) para realizar el proyecto.

Pruebas de laboratorio.

Hemoglobina glucosilada y glicemias.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En este estudio se aplicaron recursos de estadísticas tales como: frecuencia y porcentaje para variables no minal y ordinal. Para el análisis de las variables numéricas se utilizaron las medidas de tendencia central, media, mediana, y medidas de dispersión rango y desviación estándar. La representación de datos se realizó por medio de gráficos y tablas.

La asociación entre la disfunción familiar de pacientes diabéticos tipo 2 con buen y mal control se midió mediante Razón de Momios y se realizaron pruebas de X (2) para determinar significancia estadística P menor de 0.05.

ASPECTOS ETICOS.

Todos Los procedimientos utilizados en el presente estudio están de acuerdo con las normas éticas, 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, y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

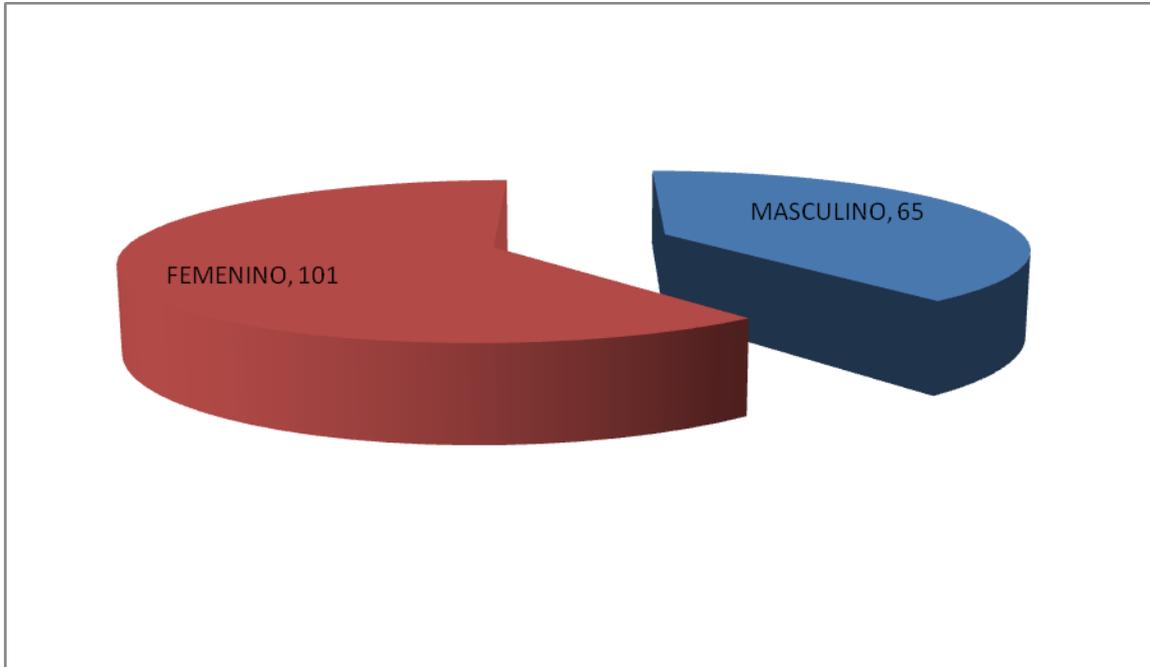
RESULTADOS.-

Una vez aplicada la fórmula para obtención de la muestra, se obtuvieron un total de 166 pacientes, de los cuales 65 (39.2%) fueron del sexo masculino, mientras que 101 (60.8%) correspondieron al género femenino; la edad mínima de los pacientes fue de 23 años, con un máximo de 96 años, promedio de 63.4 años, y desviación estándar de 44.23; el estado civil predominante fue casado con 132, correspondiendo al 79.5% del total de pacientes, seguidos de los que viven en unión libre con 17.5% (29 pacientes); el número de hijos osciló entre ninguno y 14 hijos, con un promedio de 5; el nivel de escolaridad de los pacientes predominante fue primaria con 81 casos (48.8%), secundaria 26 (15.7%), preparatoria y profesional 22 pacientes cada uno (13.3% para uno y otro), 6 sabían leer y escribir y 9 son analfabetas; en cuanto al nivel socioeconómico 99 pacientes (59.6%) son de nivel bajo y 67 (40.4%) de nivel medio. El tiempo de evolución con diabetes mellitus tipo 2 fue como mínimo 1 año y máximo 30 años de evolución con media de 6.8 años y desviación estándar de 4.7 años. El nivel de glucosa que manejaban los pacientes fue de mínimo 61 mg/dl y máximo 453 mg/dl, promedio de 148.4 mg/dl y desviación estándar de 80.2 mg/dl. Los porcentajes de hemoglobina glucosilada manejada por los pacientes fue de 5% como mínimo y de 14% máximo con media de 4.89 y desviación estándar de 2.52%; en base a lo anterior y tomando como medida de control la hemoglobina glucosilada por debajo de 7%, se obtuvo que 87 pacientes (52.4%) se encontraban controlados, mientras que 79 (47.6%) estaban descontrolados, de los 79 pacientes descontrolados, 11 presentaban cifras de glucosa central por debajo de 126 mg/dl., de los pacientes con un buen control, 35 eran hombres y 52 fueron mujeres. La funcionalidad familiar medida por medio del instrumento FACES III, arrojó que solo 11 pacientes de los 166, tienen una adecuada funcionalidad familiar, y de esos 11 solo 3 presentan cifras de hemoglobina glucosilada por debajo de 7%.

GRAFICAS.

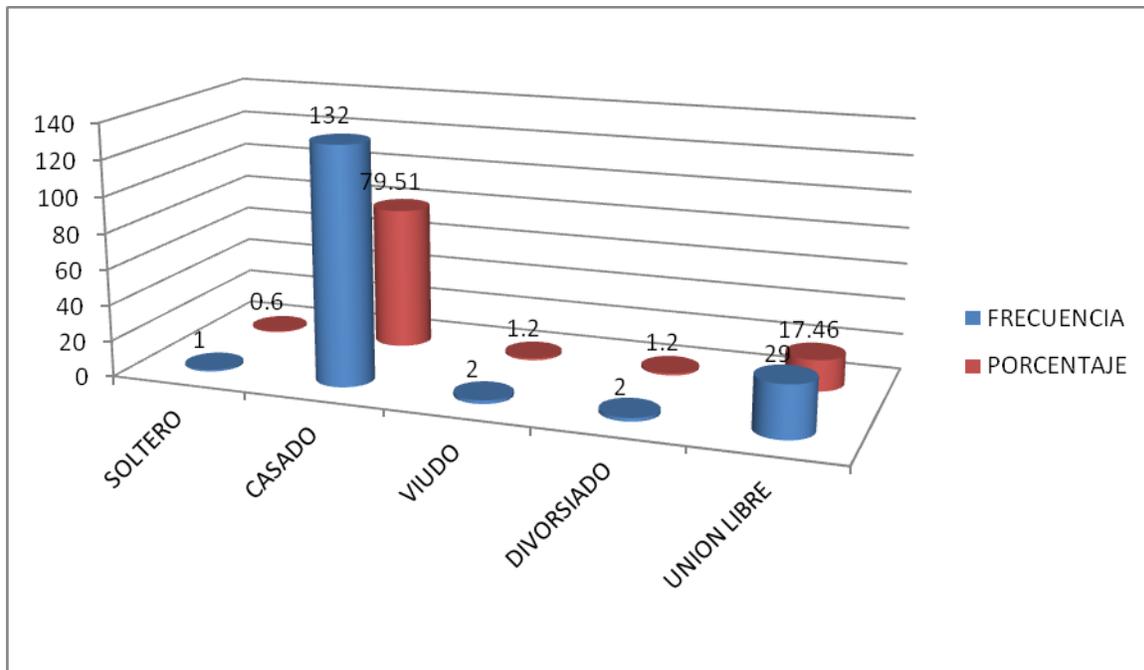
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

Distribución de acuerdo al género.-



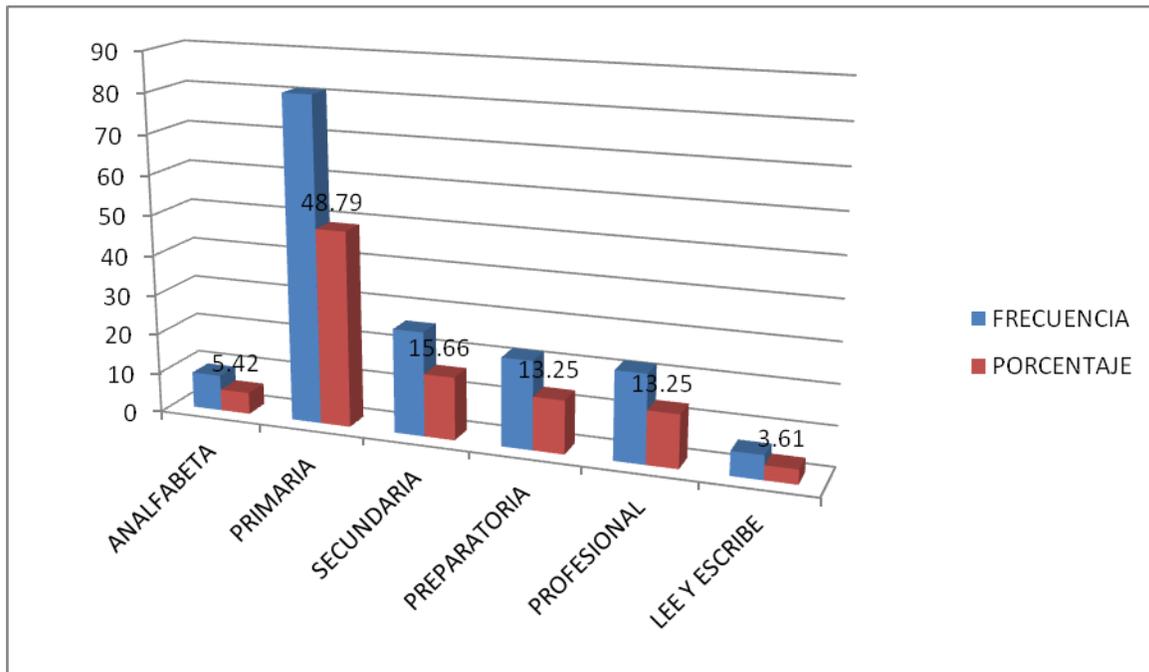
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL.-



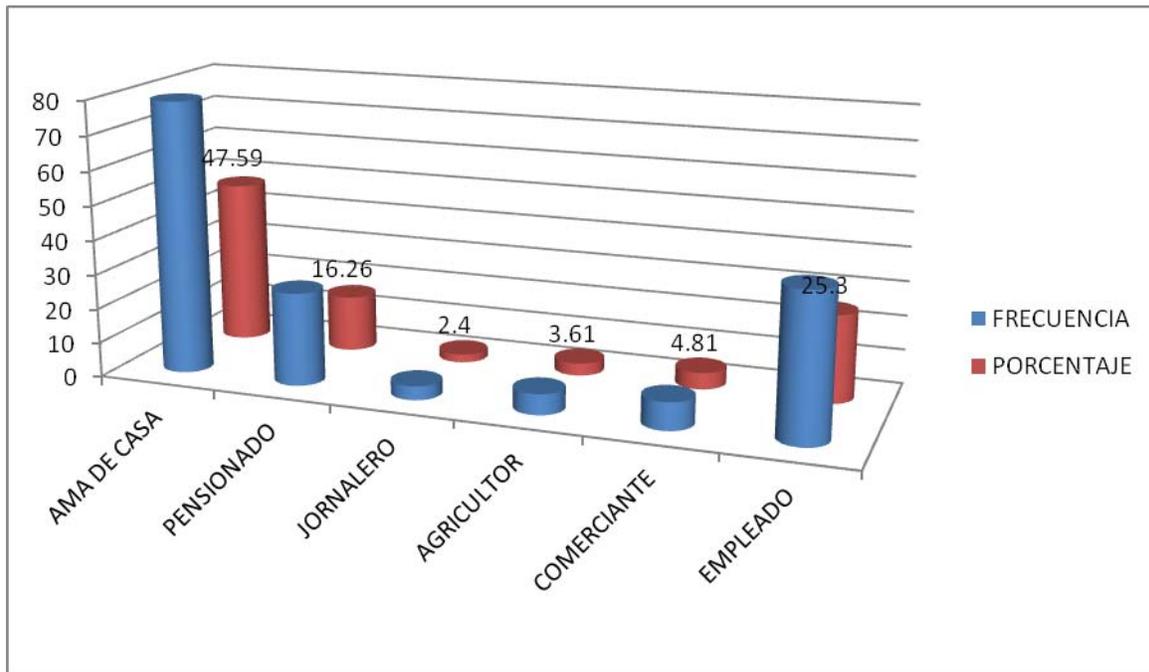
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

NIVEL DE ESTUDIO DE LOS PACIENTES.-



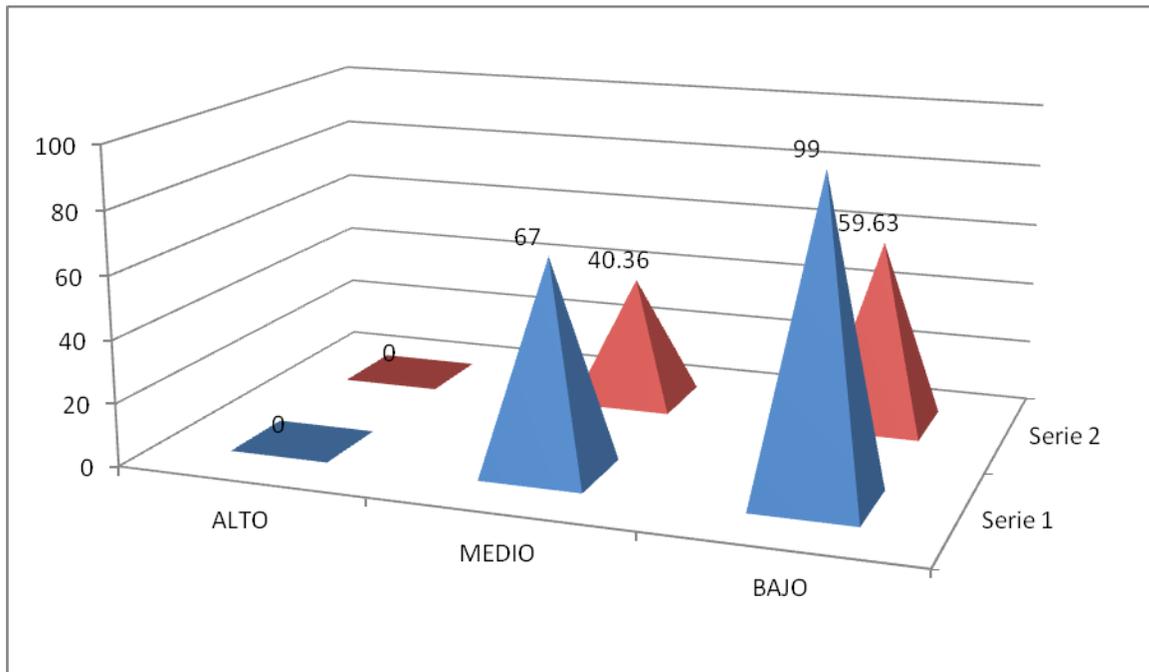
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU OCUPACION.-



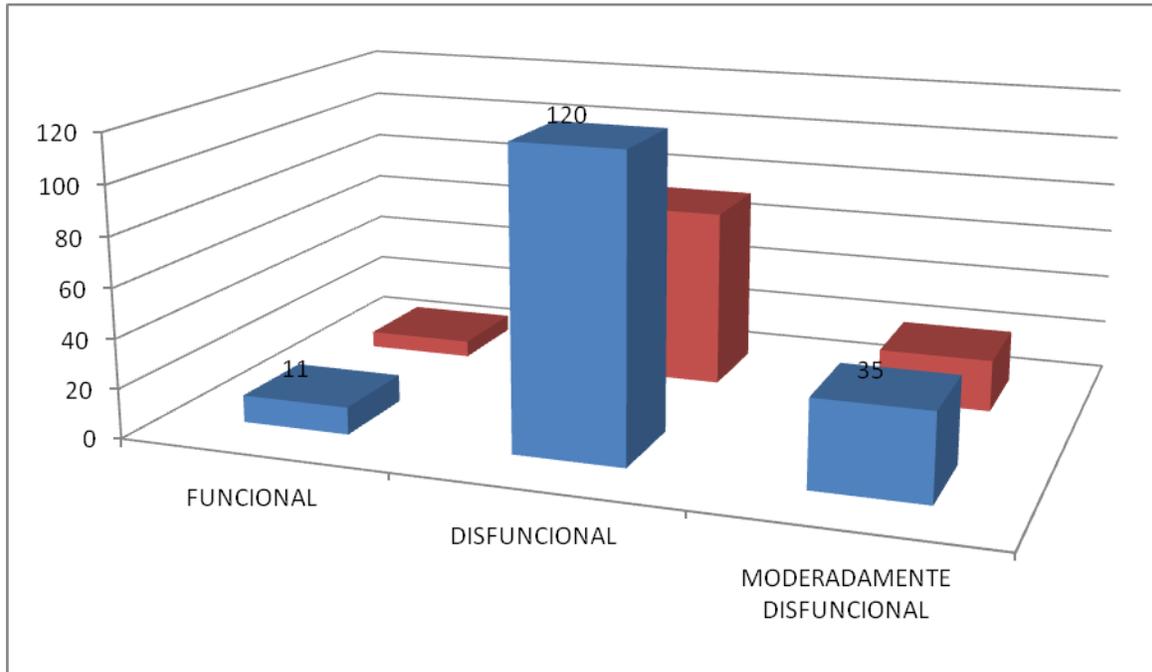
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES.-



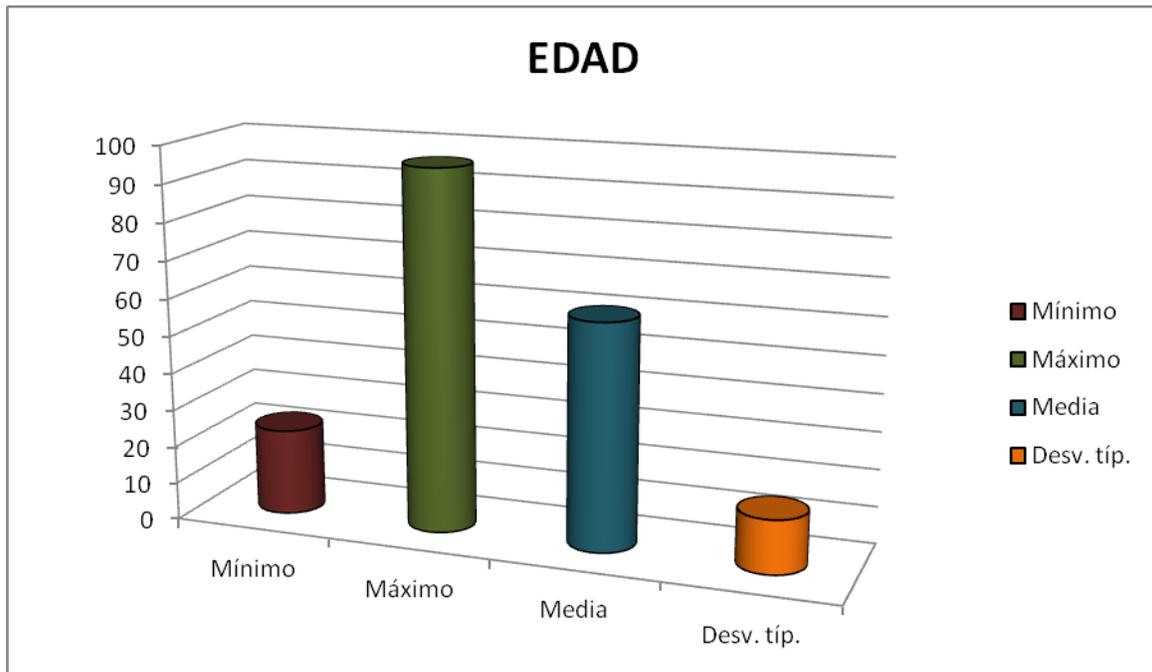
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.-



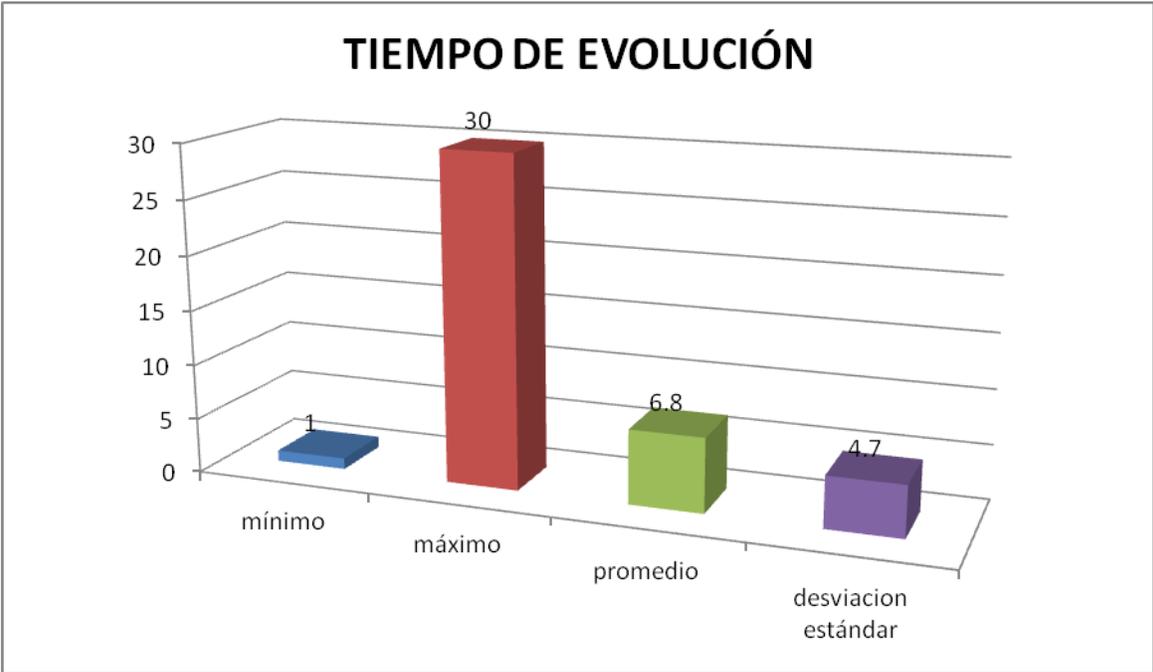
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL
HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

EDAD DE LOS PACIENTES.-



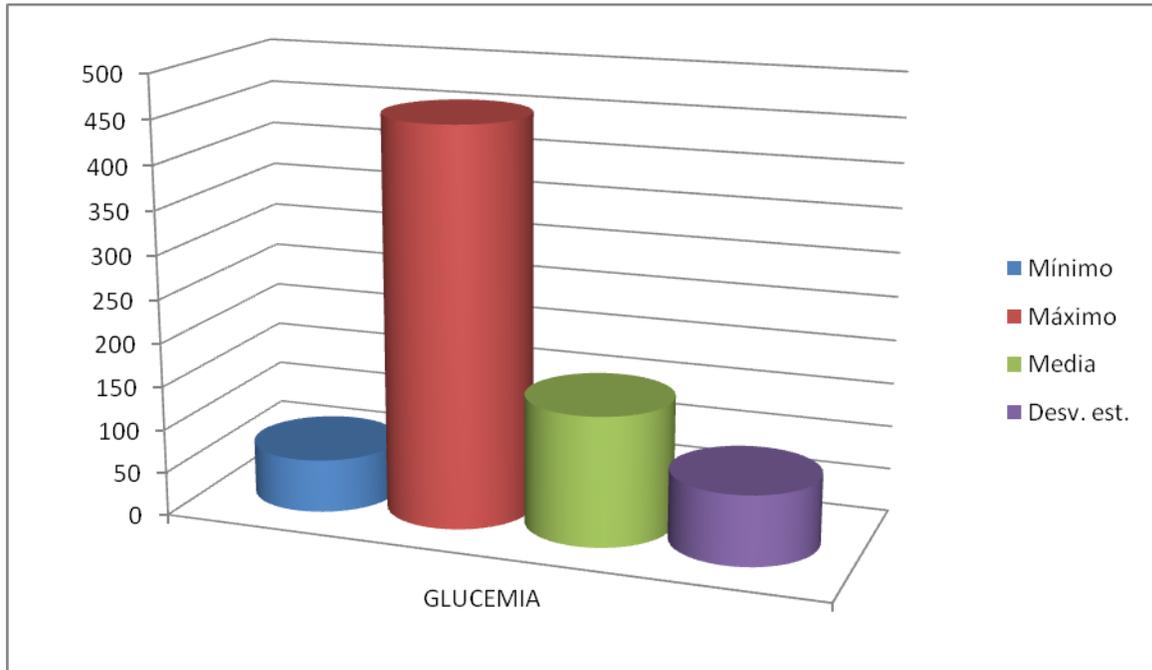
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DM 2 EN AÑOS.-



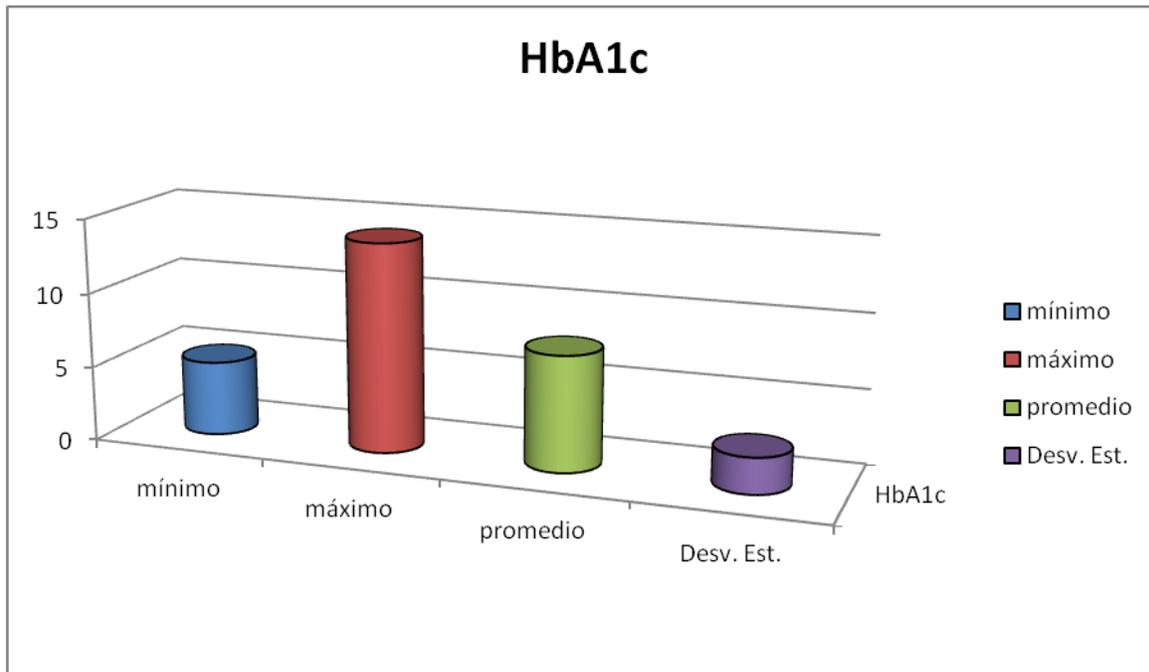
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL
HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

NIVELES DE GLUCEMIA.-



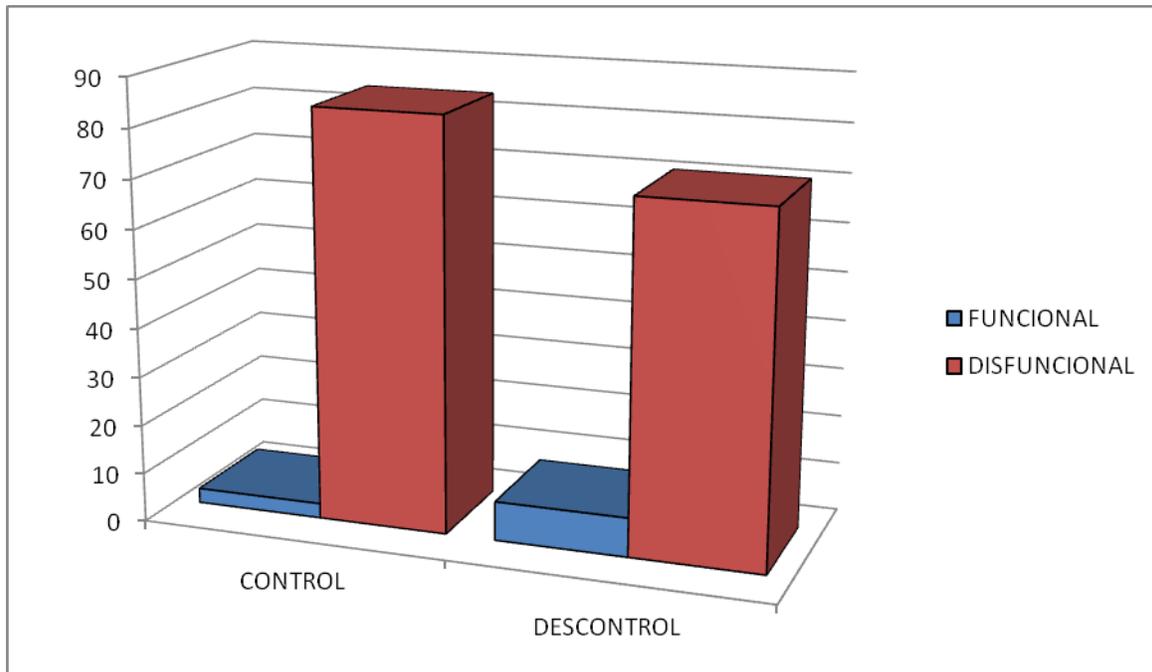
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL
HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA



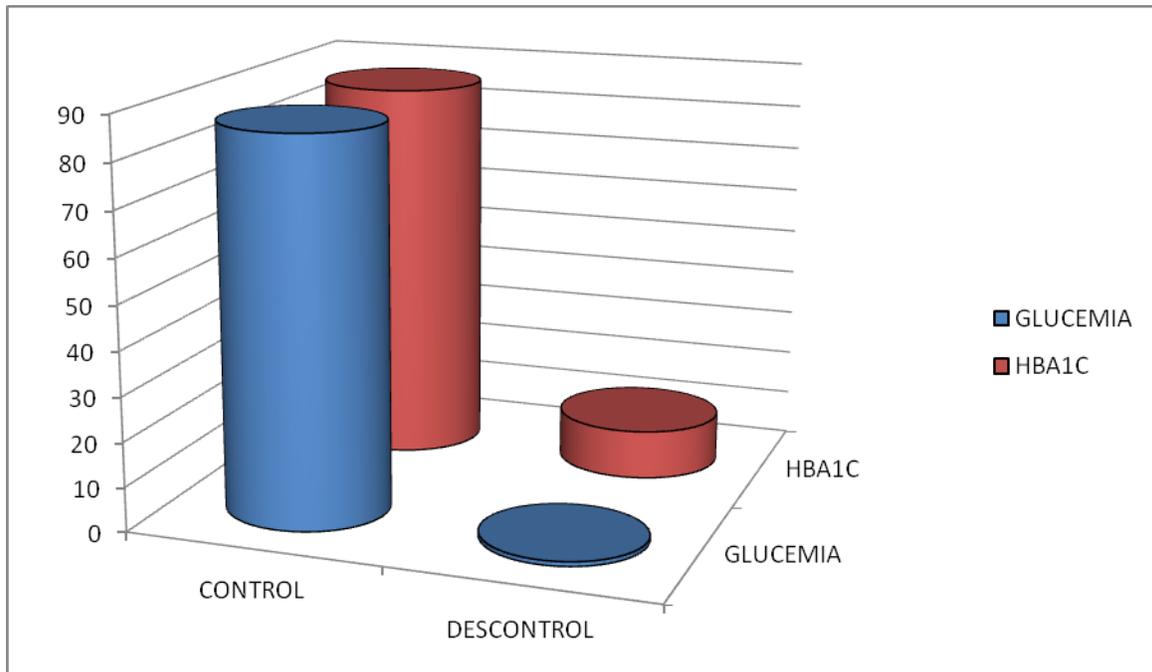
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

CONTROL/DESCONTROL, EN RELACIÓN A HbA1c, Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.-



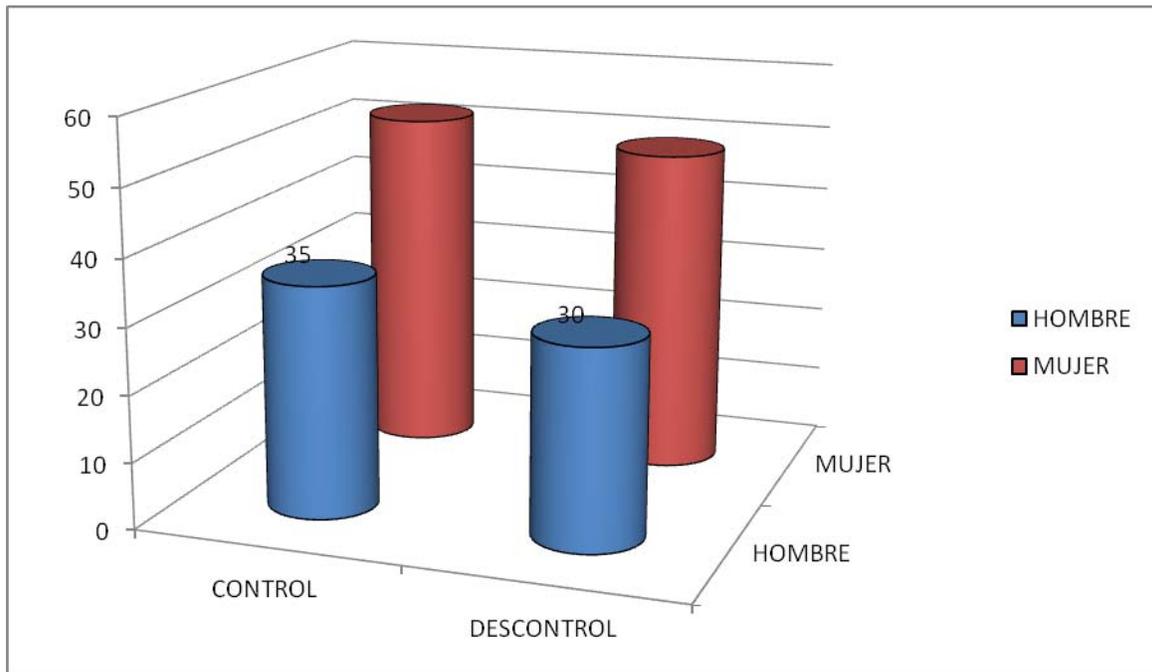
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL
HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

CONTROL/DESCONTROL DE ACUERDO A NIVELES DE GLUCOSA EN
RELACIÓN A HbA1c.-



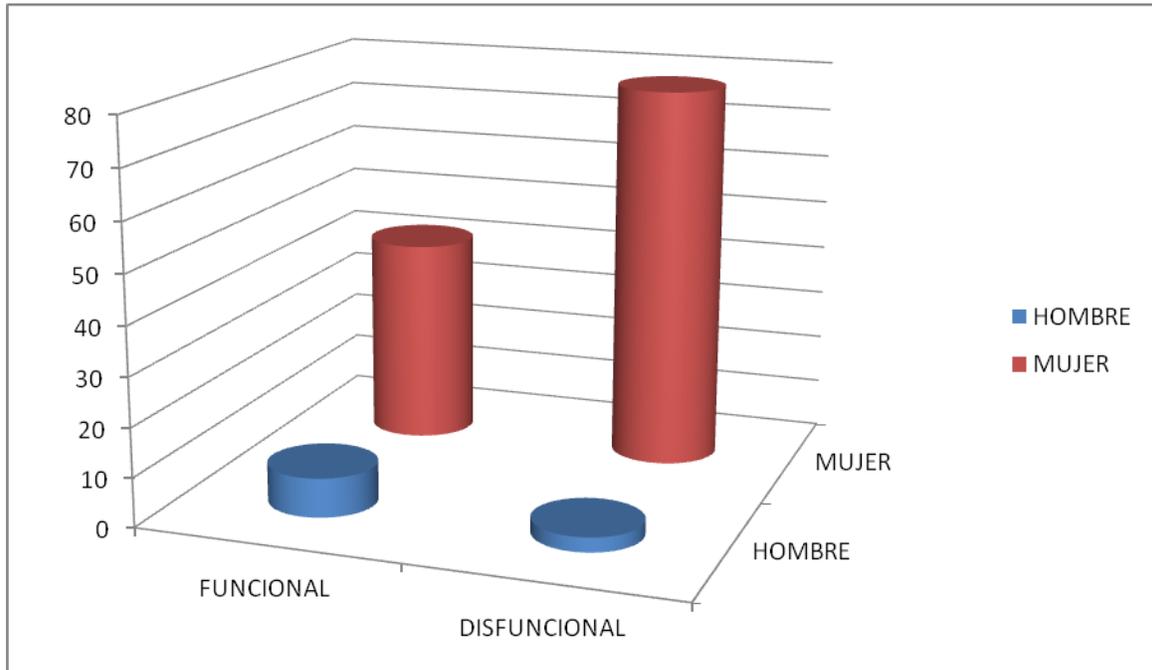
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

CONTROL GLUCEMICO EN BASE A HBA1C, EN RELACIÓN A GÉNERO.-



FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACIÓN A GENERO.-



DISCUSION.-

La escala FACES III, es de simple aplicación, puede ser contestada por personas mayores a 12 años, en mi estudio, se observa que solamente el 6.6% del total de la muestra, se puede definir como familiar funcional, esto corresponde a 11 familias, de las cuales 8 encuestas fueron llenadas por personas del sexo masculino y 3 del sexo femenino; del total de las familias disfuncionales, 57 y 98 corresponden al género masculino y femenino respectivamente, del total de los pacientes con algún grado de disfunción familiar, 84 presentan buen control glucémico, presentando cifras de hemoglobina glucosilada menores a 7%, mientras que 91 presentan descontrol glucémico. Como se puede observar no hay una relación significativa entre buen o mal control con funcionalidad o disfuncionalidad familiar; por otra parte, contrario a lo que se expone en otros estudios, en mi estudio se evidencia que menos del 50% (47.6%) se encuentra con cifras de hemoglobina glucosilada por arriba de 7%, aun así el porcentaje de descontrol es sumamente elevado. El nivel socioeconómico no fue determinante ni para el control glucémico ni para el nivel de funcionalidad familiar.

Al relacionar entre sí la cohesión y adaptabilidad, el modelo circunflejo de Olson y el control metabólico de los pacientes en estudio, en ninguno de los casos hubo relación con diferencias estadísticas significativas. Esto mismo lo reportaron Jiménez-Benavides y col. ⁽²⁶⁾ y Méndez y col. ⁽²⁷⁾ Esto es, no existe una relación entre los grados de cohesión y adaptabilidad de las familias con el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus 2.

Sánchez-Reyes A y col. (en un estudio realizado. Respecto a los resultados de FACES III, en cohesión familiar fue mayor el porcentaje (40%) de familias unidas, seguido del porcentaje (25.4%) de familias aglutinadas. En adaptabilidad familiar fueron más frecuentes las familias caóticas, con 46.3%, porcentaje que contrasta con el porcentaje (3.4%) de familias rígidas. Al realizar la clasificación familiar mediante el modelo circunflejo de Olson se obtuvo que 89 familias (43.4%)

correspondían a la categoría media, mientras que 45 familias (22%) correspondían a la categoría de familia extrema.²⁸

Como se puede observar no hay una relación significativa entre buen o mal control con funcionalidad o disfuncionalidad familiar entre mi estudio y las referencias estudiadas; por otra parte, contrario a lo que se expone en otros estudios, en mi estudio se evidencia que menos del 50% (47.6%) se encuentra con cifras de hemoglobina glucosilada por arriba de 7%, aun así el porcentaje de descontrol es sumamente elevado. El nivel socioeconómico no fue determinante ni para el control glucémico ni para el nivel de funcionalidad familiar. Por lo que considero que existen otros factores muy independientes como pueden ser resaltados al momento de la entrevista familiar, que influyen en la funcionalidad familiar bien reitero que son factores principales en mi estudio que tienen que ver con el propio ciclo vital familiar y apego en cuanto a la enfermedad crónica de los pacientes así como una mayor comunicación de los mismos, para que el paciente enfermo se sienta con un mayor apoyo por parte de la familia.

CONCLUSIONES.-

En cuanto lo esperado del estudio realizado, antes de iniciar, este protocolo, era, que los pacientes con un mal control fuera mayor la disfunción familiar en comparación con los pacientes con buen control metabólico y en el estudio realizado, hay una gran diferencia en cuanto a disfunción familiar, por tal motivo me doy cuenta que existen otros factores, relacionados, a su funcionalidad familiar, como ciclo vital familiar, economía, comunicación familiar, y conocimientos por parte de la familia en cuanto a la patología de la enfermedad, como su tratamiento farmacológico, y no farmacológico, así como sus complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, a apoyo de las mismas familias a los pacientes. Y no solo un buen control glicémico, con hemoglobinas glucosiladas por debajo de 7%.

Si bien es importante resaltar la diferencia entre el número de pacientes de cada sexo, también es de todos conocido que en nuestro medio los hombres tienden a falsear, por así decirlo, información, para así hacer ver que su entorno es adecuado, no así las mujeres que tienen más tendencia a ser sinceras en cuanto a su participación en la familia. Aun así, como se vio en el estudio, no hay una relación significativa entre disfunción familiar y control o descontrol de diabetes mellitus, influyendo aun mas otros factores como puede ser el nivel socioeconómico, ya que se conoce que a menor nivel, menor la educación de la persona y por ende menor conocimiento de la enfermedad que padece.

SUGERENCIAS

Por el estudio realizado y los resultados obtenidos, en cuanto al siguiente estudio, sugiero que independiente al buen control metabólico y seguimiento de los pacientes a las citas previas, ver al paciente y a todo su núcleo familiar de la misma manera educar a los familiares sobre la enfermedad, y la importancia que existe el saber sobre la existencia de las necesidades y cambios que hay en cada etapa del ciclo vital y al darse cuenta el paciente enfermo sobre la preocupación que demuestre el familiar, tendrá un mejor control y probablemente será un factor menos que pueda propiciar a modificar la funcionalidad familiar.

Recomiendo realizar este tipo de estudios ya que considero importante porque de esta manera podemos ver al paciente en sus tres esferas Bio-psico-social y tendrá un enfoque desde la perspectiva de un medico familiar.

ANEXOS



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

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

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



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2012																								
	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	
BUSQUEDA DE LITERATURA	X	X	X																						
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO			X	X																					
ENVIAR A COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DELEGACIONAL					X	X																			
RECOLECCION DE DATOS							X	X																	
ANALISIS DE DATOS								X																	
ELABORACION DE INFORME FINAL PARA REVISION EDUCACION IMSS									X																
PRESENTACION DE TESIS PARA REVISION A UNAM										X															

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS, TIPO 2, CON BUEN
Y MAL CONTROL DEL HGZ NUMERO 28 COSTA RICA SINALOA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

FOLIO _____

NOMBRE: _____ AFILIACION _____

EDAD: _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

OCUPACION: _____ ESTADO CIVIL _____

NUMERO DE HIJOS _____ NIVEL SOCIOECONOMICO _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DM2 _____

GLUCEMIA _____ HBA1C _____

CONTROL DE DIABETES MELLITUS (SI) _____ (NO) _____

TIPO DE FAMILIA _____ FACES III _____

FACES III.-

	ITEM	1	2	3	4	5
1	Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.					
2	Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos.					
3	En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina).					
4	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.					
5	Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.					
6	En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones).					
7	Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.					
8	Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución.					
9	En nuestra familia hacemos cosas juntos.					
10	Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente.					
11	A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos.					
12	En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.					
13	Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.					
14	En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.					
15	Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies.					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.					
17	Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones.					
18	Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo.					
19	La unidad familiar es una preocupación principal.					
20	Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.					

VALORES

Nones	Cohesión			
Pares	Adaptabilidad			
1.- Nunca o casi nunca	2.- Pocas veces	3.- A veces	4.- Con frecuencia	5.- Casi siempre

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, " Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus. 2000.
2. Pérez F, Epidemiología Y Fisiopatología De La Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Med Clin Condes 2009; 20: 265-271.
3. Patel P, Macerollo A, Diabetes Mellitus: Diagnosis And Screening. Am Fam Physucuan 2010; 81: 863-870.
4. Alayon A, Mosquera Vásquez, A Ivar Sedán, Control Glucémico Y Metabólico Integral: Dos Metas Complementarias Para El Paciente Diabético. Salud Uninorte Barranquilla 2008; 24: 205-215.
5. Mayer-Davis E, Type 2 Diabetes In Youth: Epidemiology And Current Research Toward Prevention And Treatment. J Am Diet Assoc 2008; 108: S45-S51.
6. Levitt L, Natesh S, Hernández M, Et Al., Glycemic Control In Youth With Type 2 Diabetes Declines As Early As Two Years After Diagnosis. J Pediatr 2011; 158: 106-111.
7. López Simarro F, Miravet Jiménez S, Cols Sagarra C, Castellote Petit A, Determinaciones Analíticas En El Paciente Diabético. Semergen 2010; 36: 513-519.
8. Rascon Pacheco R, Candia Plata M, Rivera Icedo B, Y Cols., Codificación Geométrica Y Análisis De Conglomerados Para Evaluar El Control Metabólico De Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Panam Salud Publica 2010; 27: 276-282.
9. Stolar M, Glycemic Control And Complications In Type 2 Diabetes Mellitus. The American Journal Of Medicine 2010; 123: S3-S11.
10. Hernandez Romieu A, Elneuvé Olaiz A, Huerta Uribe, Y Cols., Analisis De Una Encuesta Poblacional Para Determinar Los Factores Asociados A

- Control De La Diabetes Mellitus En México. Salud Publica De México 2011; 53: 34-38.
11. Rodriguez Bolaños R, Reynales Shigematsu L, Jimenez Ruiz J, Y Cols., Costos Directos De Atención Medica En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En México: A nálisis D e M icrocosteo. R ev P anam S alud P ublica 2010; 28: 412-419.
 12. Duran V arela B , R ivera C havira B , F ranco G allegos E , A pego A I Tratamiento F armacológico E n Pacientes Con D iagnostico D e Diabetes Mellitus Tipo 2. Salud Publica De México 2001; 43: 233-236.
 13. Flores Lóp ez M , V elazquez T lapanco J , Camacho C alderon N , C ontrol Metabólico, E stado N utricional Y P resión Arterial D e D iabéticos T ipo 2. Eficacia De Una Estrategia Educativa. Rev Med Inst. Mex Seguro Soc 2008; 46: 301-310.
 14. López Stewart G, Tambascia M, Rosas Guzman J, Y Cols., Control Of Type 2 Diabetes Mellitus Among General Practitioners In Private Practice In Nine Countries Of Latin America. Pan Am J Public Healt 2007; 22: 12-19.
 15. Minuchin s, familias y terapia familiar. Ed. Gedisa, 2004.
 16. Huerta González JL, la familia en el proceso salud-enfermedad. E d. A fil, 2005.
 17. Mendoza Solís, et al., análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006; 8 (1): 27-32.
 18. Guzman Pantoja JE, Barajas Mendoza ER, Luc e González EG, y cols., Disfunción F amiliar e n P acientes P ediátricos con A sma. A ten Primaria, 2008; 40 (11): 543-548.
 19. Panganiban A , M edina M , F amily R esources S tudy: P art 1 : F amily Resources, F amily F unction A nd C aregiver S train I n C hildhood Cancer. Asia Pacific Family Medicine 2011; 10: 14.

20. Zapata Gallardo JN, Figueroa Gutierrez M, Mendez Delgado N, y cols., Depresión Asociada A La Disfunción Familiar En La Adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64: 295-301.
21. Perez Milena A, Martínez Fernandez ML, Mesa Gallardo I, y cols., Cambios En La Estructura Y En La Función Familiar Del Adolescente En La Última Década (1997-2007). Aten Primaria 2009; 41 (9): 479-486.
22. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Iañez S, Validez De Constructo Del Cuestionario FACES III En Español (México). Aten primaria 2002; 30 (10): 624-630.
23. Schmidt V, Barreyro J, Maglio A, Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar FACES II: ¿Modelo De Dos O Tres Factores?. Escritos De Psicología 2009; 3 (2): 30-36.
24. Gómez Clavelina Fj, Ponce Rosas ER, Irigoyen coria A, FASES III: alcances y limitaciones. Aten fam 2005; 12 (1): 10-11.
25. - Olson DH. Circumplex model of material and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh F, editor. Normal family processes. 2nd ed. New York: The Guilford press 1993.
- 26.- Jiménez BA, Víctor G, Alanís-NG. Función familiar: control de diabetes mellitus tipo 2. RESPYN. IMSS México, 2005: 8^a edición especial, (fecha de consulta 2010 Jul. Documentos 42 htm.
- 27.- Méndez LD, Gómez LM, García RM, Pérez LJ. Disfunción familiar y control de paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
- 28.- Sánchez-Reyes A, González- Pedraza-Avilés A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos Rev Esp Med Quir 2011; 16 (2): 82-88.