



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.7

“Funcionalidad familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS

PRESENTA:

DRA. MACIEL CABAÑAS PERALTA

ASESOR DE TESIS:

DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO

Incluir: SELLO DE LA SEDE ACADÉMICA

CUERNAVACA, MORELOS.

2016



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 y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MACIEL CABAÑAS PERALTA

MÉDICO GENERAL DE LA UMF 2

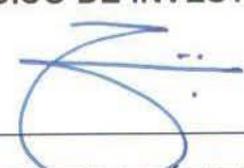
AUTORIZACIONES:



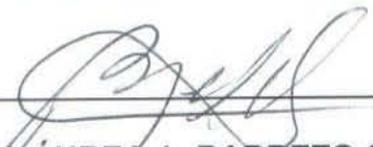
DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ
JEFE DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. MARÍA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.



DRA. ÁUREA A. BARRETO GONZÁLEZ
ENC. COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGZc/MF 7



DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL GLUCÉMICO EN
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, DE LA UMF 2 DE
XOCHITEPEC MORELOS"**

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

PRESENTA

DRA. MACIEL CABAÑAS PERALTA

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
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.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE:

Índice	5
Marco teórico	6
Justificación	12
Planteamiento del problema	12
Objetivos	12
Hipótesis	13
Metodología	13
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	13
Muestra	14
Variables de recolección	16
Aspectos éticos	18
Recursos humanos, financieros y factibilidad del estudio	19
Resultados	20
Discusión	30
Limitaciones y fortalezas	31
Conclusiones	32
Sugerencias	33
Referencias Bibliográficas	34
Resumen	36
Anexos	38

1. Marco teórico

La familia es un sistema considerada una célula social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos, dándoles un sentimiento de identidad y pertenencia, los relaciona con el exterior y los educa para formar una sociedad sana; la adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentra y el momento de vida del paciente.

La estructura familiar es un conjunto de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los individuos al interior de ésta (1).

La familia ha sido objeto de estudio de disciplinas como: sociología, antropología, psicología, educación, trabajo social, entre otras (2). En ella se logra la salud o la enfermedad de sus integrantes, por lo que su estudio es de gran interés. Según Minuchin, constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes (3).

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud (4); es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, lo que permite constituir la estructura familiar como base de la sociedad (2).

Funcionalidad Familiar:

Ante los cambios del ciclo vital de la familia, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de éste, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento. La funcionalidad familiar está dada por el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema, y que a su vez explica la forma como opera, evalúa o se comporta; promoviendo su adaptación a las situaciones de crisis (5)

La familia funcional, permite el desarrollo de sus integrantes y da herramientas para enfrentar adecuadamente los problemas relacionales y de crisis (6) .

Dentro de la tipología familiar existen varias maneras de clasificar a la familia, una de ellas es por su estructura en la cual encontramos: a la familia nuclear con hijos, nuclear sin hijos, seminuclear, familia extensa, extensa compuesta y unipersonal; dependiendo de su estructura, función y adaptación pueden servir de apoyo para afrontar la enfermedad o, ser un riesgo para la salud de la misma, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en el interés o desinterés del paciente en sentir la necesidad de llevar un mejor control de su enfermedad (7).

Existen diversas escalas o instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentran: Índice de función familiar de Pless y Satterwhite; escala de evaluación familiar de Beavers y Timberlawn; clasificación triaxial de la familia de Tseng y McDermott; escala de eventos críticos de Thomas Holmes; modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar de Salinas y cols; escala de funcionamiento familiar de Espejel y cols; Apgar familiar de Gabriel Smilkstein. Círculo familiar de Thrower, Bruce y Walton; FACES de David H. Olson; evaluación del subsistema conyugal de Olson.

Apgar familiar:

Es un instrumento rápido para explorar la función familiar, diseñada en 1978 por Gabriel Smilkstein, basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Validado en España por Bellon y cols (1996) (8).

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa en que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de las funciones básicas de la familia (7).

El apgar familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, a través de la percepción de la persona entrevistada; evalúa cinco funciones básicas: adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos; los puntajes de calificación se establecieron en base al grado de

satisfacción de la función familiar, considerando 3 niveles: de 0-3 como baja satisfacción, de 4-6 como media satisfacción y de 7-10 como alta satisfacción (9,10)

Diabetes mellitus:

Es un desorden del metabolismo, que implica concentraciones elevadas de glucosa en la sangre por deficiencia de insulina o por la incapacidad de ésta para llevar la glucosa a las células (resistencia a la insulina) (11,3).

Para el diagnóstico de diabetes, se realiza con una determinación de glucemia ocasional de 200mg/dl o más y la presencia de sintomatología característica; o con niveles de glucemia plasmática en ayuno por encima de 126mg/dl, al menos en dos ocasiones. También se puede utilizar como criterio diagnóstico la curva de tolerancia a la glucosa en paciente con glucemia en ayunas menor de 140mg/dl y mayor de 126mg/dl para confirmar su diagnóstico.

La diabetes mellitus crece con tal rapidez y se le considera un problema que aqueja a la población; que tiene grandes cargas de carácter médico, social y económico en el mundo (12) .

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un grave problema de salud pública, incrementa el riesgo de enfermedad coronaria, infarto, insuficiencia renal, amputaciones, muerte, entre otras (13). Forma parte de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, con predominio de la situación en los países primermundistas, aunque se ha visto también el aumento de la incidencia en países sub desarrollados (14).

El consenso del 2014 sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con enfermedad renal crónica menciona, que la prevalencia de diabetes mellitus en España se ha estimado cercana al 14% de la población adulta (15).

En Latinoamérica se ha documentado un incremento alarmante de este padecimiento con un descontrol metabólico, sólo el 16,3% de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 tienen control glucémico adecuado (13) .

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta en aproximadamente 10% de la población mexicana (3); es una de las principales causas de morbilidad, cuyo incremento ha producido aproximadamente 60 mil muertes y 400 000 casos nuevos al año.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México, la cifra de casos con diabetes mellitus o, en riesgo de poseerla ha crecido entre los años 2002 y 2012, periodo donde se observaba una prevalencia de diabetes mellitus en adultos del 4,6% en el 2002 y alcanzó al 9,2% en año 2012 de la población mexicana (12).

El padecimiento de diabetes mellitus es advertido por la Organización Mundial de la Salud en el 2012 como un reto de carácter internacional, puesto que se deduce que en el orbe coexisten más de 347 millones de personas con dicha enfermedad y es factible que este monto se duplique para el año 2030 (12).

Los cálculos que realizó de la Federación Internacional de Diabetes (FID) en el 2013, indican que el 8,3% de los adultos –382 millones de personas– tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años (14) .

Control glucémico:

La hiperglucemia define la diabetes mellitus. El control de la glucemia es fundamental en el manejo de la enfermedad entendiendo este como una continua medición de la glucosa, que se puede realizar en cualquier momento. Iglesias, R. y cols. mencionan en el *Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA 2014) para las prácticas clínicas en el manejo de la diabetes mellitus*, el ensayo de *El Diabetes Control and Complication Trial (DCCT)*, donde demostró de forma definitiva, que la mejoría del control glucémico se asociaba con una disminución en las tasas de complicaciones microvasculares y neuropáticas (16) .

En el estudio de Múnera y cols., realizado en Medellín en 2014 refieren que al clasificar los pacientes por estado glucémico con la prueba HbA1c, con base en el

punto de corte recomendado por la OMS (6,5%), se encontró un 7,8% de pacientes en el rango de diabetes; mientras que con la glucosa plasmática en ayuno se detectaron solo 4,6%; lo que indica que la prueba HbA1c contribuye a identificar más casos de pacientes diabéticos o en riesgo de diabetes; también la Federación Internacional de Diabetes (FID) recomienda realizar un control mediante HbA1c cada 3 meses, pues esto tiene como beneficio, reducir las complicaciones diabéticas mediante la corrección temprana de los fallos en el tratamiento (17) .

La HbA1c establece un mejor seguimiento de control del paciente diabético; pero, debido a diferentes factores, en el sector salud en México, este estudio no se lleva a cabo en todos los pacientes o en todas las unidades médicas de primer nivel, donde el recurso más accesible de laboratorio es la glucosa plasmática en ayuno, la cual usamos en este estudio.

Objetivos de control glucémico para la mayoría de los adultos según la ADA 2014.	
HbA1c	< 7%*
Glucemia basal y preprandial	70 – 130 (mm/dl)*
Glucemia postprandial	< 180 (mg/dl)*

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglucemia) y largo plazo (complicaciones micro y macro vasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal).

Funcionalidad familiar y control glucémico:

En España, Puigvert V. (2013), en su estudio *“Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal”* encontró que el 85% de los pacientes provenían de familias normofuncionales, mientras que el 13.3% eran de familias con disfunción leve y el 1.7% con disfunción grave; aplicando apgar familiar (18) .

Ortiz y cols, en su estudio *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2*, realizado en Chile (2011), mencionan que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus, tales como estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social (19) .

En Querétaro en el 2011, Guerrero L. y Martínez M. determinaron la correlación entre el perfil de funcionalidad familiar y el control glucémico del paciente con diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención, aplicando el test de Emma Espejel para funcionalidad familiar: donde, encontraron un 76% con disfunción global (20).

En Mérida, Herrera Díaz y cols. con su estudio *“Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2 servicio de endocrinología Iahuala, Mérida”*, encontraron una alta funcionalidad familiar en 72% de los pacientes diabéticos atendidos en el servicio de endocrinología, al aplicar apgar (21) .

En Monterrey en un estudio llamado *“Función familiar: Control de diabetes tipo 2”* realizado en la UMF 32 del IMSS Jiménez Benavides y cols. identificaron significancia estadística en la relación existente en el control de la glucemia en diabéticos tipo 2 y la función familiar, encontrando control de la glucosa y adecuada función familiar en 40.78% de los pacientes (22) .

El estudio realizado en el HGRZ No. 1 en Cuernavaca, Morelos por Ávila y cols. *“Control glucémico del paciente y su relación con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos”*; observaron que el 62% de los pacientes en control, contaban con

apoyo familiar alto, en relación a los pacientes en descontrol glucémico el 60% tenía un apoyo familiar medio (13).

2. Justificación

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud mundial creciente, las complicaciones por diabetes pueden ser prevenibles con un buen control metabólico ya que esta enfermedad crónica degenerativa es una de las principales causas de morbimortalidad.

Es conveniente conocer la funcionalidad familiar que percibe el paciente ya que la familia juega un papel muy importante en la salud integral de cada uno de sus integrantes, pues es el primer sistema de apoyo social del individuo y su funcionalidad o la alteración de esta misma puede influir en el control o descontrol del paciente diabético. Al evaluar la funcionalidad familiar de nuestros pacientes con diabetes tipo 2, podemos observar las áreas de oportunidad en las cuales debemos intervenir como médicos de primer nivel de atención.

Por tal motivo es relevante identificar el tipo de funcionalidad de la familia a la que pertenece el paciente, ya que este sistema de apoyo para el paciente diabético puede ayudar en el control de la enfermedad, con ello lograr un mejor apego a las medidas terapéuticas y así retardar la aparición de complicaciones de la diabetes mellitus.

3. Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre la función familiar y el control de la glucemia en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 2 de Xochitepec Morelos?

4. Objetivos

Objetivo general.

Identificar la relación entre la funcionalidad familiar y control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

Objetivos específicos.

Identificar los niveles de glucosa basal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Categorizar la funcionalidad familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Clasificar a las familias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con base en el parentesco.

Conocer el estado civil y escolaridad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

5. Hipótesis.

La relación entre la función familiar y el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 2 de Xochitepec Morelos es del 40%.

6. Material y métodos:

Diseño de estudio

Encuesta transversal, descriptivo.

Población, lugar y tiempo de estudio.

Población.

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ambos sexos adscritos a la UMF No. 02 de Xochitepec, Morelos.

Lugar donde se desarrolló el estudio.

IMSS, Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Xochitepec Morelos.

Tiempo:

Se programó realizarse durante, octubre - diciembre 2015.

Aspectos estadísticos:

Se realizó la recolección de datos y la información obtenida se capturó en una base de datos en el programa microsoft office excel.

La información se analizó en el programa estadístico Stata V.10. Los resultados son presentados en tablas y gráficos. Se aplicó estadística descriptiva para todas las variables, donde en las variables paramétricas se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar, con su rango y media. Para variables no paramétricas, se aplicó frecuencias y proporciones.

7. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

Criterio de inclusión:

- a) Que estén adscritos a la UMF No. 2, Xochitepec Morelos.
- b) Aceptación de los pacientes para participar en el estudio de investigación.
- c) Ser portador de diabetes mellitus tipo 2.
- d) Ambos sexos
- e) Ambos turnos

Criterios de exclusión:

- a) No aceptar participar en el estudio de investigación.

Criterios de eliminación:

- a) Los que no concluyan la encuesta.
- b) Que no tengan resultado de glucosa basal en los últimos 6 meses.

8. Muestra:

Formula para estimar una proporción:

$$n = \frac{Z\alpha^2 P(1-P)}{i^2}$$

n=	369	Número de sujetos necesarios
Z α^2	1.96	Valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado
P	0.40	Valor de la proporción que se supone existe en la población
1-P	0.60	Complemento de la proporción.
i ²	0.05	Precisión con que se desea estimar el parámetro (no se eleva al cuadrado aquí)

Proporción: 369 Sujetos.

Generalidades del muestreo.

- Probabilidad de la selección: No probabilística o no aleatoria.
- Proporción: 0.10%
- Nivel de confianza : 95%
- Precisión:0.05

El nivel de confianza o seguridad (1α), el nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente ($Z\alpha$), para una seguridad del 95%=1.96, para una seguridad de 99% =2.58.

9. **Variables de recolección.**

Funcionalidad Familiar:

Variable independiente.

Definición Teórica: La familia funcional es aquella que cumple adecuadamente sus funciones, permitiendo el desarrollo de sus integrantes y enfrenta adecuadamente sus problemas relacionales y crisis familiares

Definición operacional: Se aplicó a los pacientes el cuestionario apgar familiar, categorizando como: funcional, disfunción moderada y disfunción grave.

Tipo: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Indicador: De 7-10 puntos funcional, de 4-6 puntos disfunción moderada, 0-3 puntos con disfunción grave.

Control Glucémico:

Variable dependiente.

Definición Teórica: es la continua medición de la glucosa y se puede realizar en cualquier momento, para decir que se encuentra en control un paciente con diabetes según los criterios de la ADA 2014 deberá encontrarse una glucemia preprandial de 70 – 130mg/dl.

Definición operacional: Para nuestro estudio tomamos la cifra de glucosa basal en ayunas registrada en el expediente clínico en los últimos 6 meses.

Tipo: Cuantitativa.

Escala: Razón.

Indicador: Cifra de glucosa más reciente registrada en su expediente clínico, no mayor a 6 meses

Edad:

Covariable.

Definición: Es el tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Definición operacional: Se obtuvo la información a través de interrogatorio directo y se confirmó con el carnet de citas.

Tipo: Cuantitativa discreta.

Escala: razón.

Indicador: Años.

Sexo:

Covariable.

Definición: Es la asignación que se le otorga a un sujeto de acuerdo a su función biológica.

Definición operacional: Se recabó la información a través de observación y carnet de citas.

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica.

Escala: dicotómica.

Indicador: (1) hombre, (2) mujer

Nivel de escolaridad:

Covariable.

Definición: Grado de estudios que presentan las personas.

Definición operacional: Se recabó la información a través de interrogatorio directo.

Tipo: Cualitativa nominal politómica.

Escala: nominal.

Indicador: (0) analfabeta, (1) primaria, (2) secundaria, (3) técnica, (4) preparatoria, (5) licenciatura.

Estado civil:

Covariable.

Definición: Condición particular de carácter legal, de una persona referente a sus vínculos personales con otro individuo.

Definición operacional: Se recabó la información a través de interrogatorio directo.

Tipo: Cualitativa nominal politómica.

Escala: nominal.

Indicador: (0) Soltero, (1) Casado, (2) Divorciado, (3) Viudo, (4) Unión Libre.

Tipo de familia:

Covariable.

Definición: Clasificación de acuerdo al parentesco, de los integrantes que componen la familia. Clasificándola en unipersonal, nuclear sin hijos, nuclear con hijos, extensa y extensa compuesta.

Definición operacional: Se recabó la información a través de interrogatorio directo.

Tipo: Cualitativa nominal politómica.

Escala: nominal.

Indicador: (0) Vive sólo. (1) Con su pareja. (2) Pareja e hijos. (3) Pareja, hijos y otros familiares consanguíneos. (4) Pareja, hijos y familiares no consanguíneos.

10. Aspectos éticos

La investigación que se realizó respeta los principios éticos y directrices para la protección de los sujetos a participar en alguna investigación basados en el informe Belmont, en la declaración de Helsinki de 1975 y en sus respectivas modificaciones; y en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud.

Se tomaron en cuenta los aspectos éticos basados en el informe de Belmont que refiere tres principios éticos básicos; principios de respeto a las personas, de beneficencia y justicia.

El estudio que se realizó, tiene riesgo mínimo para los participantes, tal vez algunos pudieron sentirse, incómodos, nerviosos o apenados, durante la encuesta. La información recabada fue manejada de manera confidencial de acuerdo a la Ley General de Salud, el estudio fue revisado y autorizado por el comité local de investigación, los resultados obtenidos se dieron a conocer al personal médico.

Se garantizó la confidencialidad de información: De acuerdo a la Ley General de Salud en su título Tercero Bis capítulo IX: derechos y obligaciones de los

beneficiarios, artículo 77 BIS 37. Apartado X dicta que los beneficiarios del sistema de Protección Social en Salud deben ser tratados con confidencialidad.

Obtención del consentimiento informado: Se invitó a participar en el protocolo de estudio a los pacientes que reunieron criterios de inclusión, que se encontraron en la sala de espera de la consulta de Medicina Familiar de la UMF 2 de Xochitepec Morelos, se les informó y se les explicó verbalmente en qué consistió su participación, recalcando que su participación era voluntaria, se aclararon dudas en caso de tenerlas y si aceptaron participar se entregó el consentimiento informado para que los pacientes lo pudieran leer, después de corroborar que no existieron dudas se solicitó que firmaran el consentimiento.

Beneficios al finalizar el estudio. En el caso de detectar en el estudio pacientes con disfuncionalidad familiar o descontrol glucémico se refirieron a su médico familiar para realizar las acciones necesarias en su caso: envió a psicología, nutrición, ajuste de tratamiento, modificación de estilo de vida.

11. Recursos humanos, financiamiento y factibilidad del estudio

Recursos humanos: 2 investigadoras. Pacientes con diabetes tipo 2 de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

Recursos físicos: Unidad de Medicina Familiar 2 de Xochitepec Morelos. Resultados de laboratorio tomados de los expedientes de los participantes.

Recursos financieros: No se requirieron recursos financieros, ya que fue autofinanciado por el investigador.

Recursos materiales: Encuestas, lápices, computadora con programa de Microsoft Excel y programa estadístico Stata V.10. USB.

12. Resultados:

Tabla 1. Características sociodemográficas en pacientes con diabetes tipo 2 de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

Características	N:370		%
Sexo			
Femenino	232		62.70
Masculino	138		37.30
Nivel de Escolaridad	Hombres %	Mujeres %	%
Analfabeta	21.74	27.56	25.41
Primaria	36.23	38.79	37.84
Secundaria	21.74	20.26	20.81
Técnica	2.90	6.47	5.41
Preparatoria	8.70	4.74	6.22
Superior	8.70	2.16	4.59
Estado civil	Hombres %	Mujeres %	%
Soltero	5.8	4.31	4.86
Casado	72.46	60.78	65.14
Divorciado	2.9	2.59	2.70
Viudo	10.14	25.83	20
Unión libre	8.7	6.47	7.30

Fuente: encuesta basal

Se estudiaron a 370 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos. En los aspectos sociodemográficos la media de edad fue de 60.9, con una desviación estándar de 12.4 años, con un mínimo de edad de 23 años y máximo de 92 años, la media de edad en el sexo masculino fue de 61.9 ± 12.1 , con un mínimo de 32 años y un máximo 88 años; en el sexo femenino encontramos una media de 60.4 ± 12.6 , con un mínimo de 23 y un máximo de 92 años, 6 de cada 10 pacientes eran del sexo femenino.

La escolaridad del sexo masculino fue de primaria de 36.23%, analfabeta 21.74%, secundaria 21.74%, técnica de 2.90%, preparatoria 8.70% y licenciatura 8.70%. La escolaridad en el sexo femenino en la primaria fue de 38.79%, analfabeta 27.59%, secundaria 20.26%, técnica 6.47%, preparatoria 4.74% y licenciatura 2.16%.

El estado civil más frecuente fue casado con un 65.14%.

Tabla 2. Niveles glucémicos en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

Variables	Valor
Glucemia central (mg/dl) ^a	148 (115-200)
Control glucémico ^b	
Controlado	140 (37.84%)
Descontrolado	230 (62.16%)

a mediana y rangos intercuartiles, b frecuencia

La mediana de la población estudiada fue 148 mg/dl, encontrando 37.84% de pacientes controlados y el 62.16% de los pacientes tenían descontrol glucémico.

La media de glucosa central en general fue de 164.1 ± 67.5 mg/dl. En el sexo masculino fue de 166.5 ± 70.84 con un mínimo de 62 y máximo de 516mg/dl, en comparación con el sexo femenino que presento una media de 162.73 ± 65.5 con un mínimo de glucosa de 56 con un máximo de 400mg/dl. En el sexo masculino el 59.42% y femenino el 63.79% tuvieron descontrol glucémico.

Tabla 3. Frecuencia de la tipología familiar en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

Variables	Valor
Tipo de familia ^a	
Unipersonal	35(9.46%)
Nuclear sin hijos	99 (26.76%)
Nuclear con hijos	195 (52.70%)
Extensa	28 (7.57%)
Extensa compuesta	13 (3.51%)

a frecuencia

En la tipología familiar se encontró que predomina la familia nuclear con hijos teniendo un 52.70%, la nuclear sin hijos en un 26.76%, la unipersonal con un 9.46%, extensa 7.57% y extensa compuesta 3.51%.

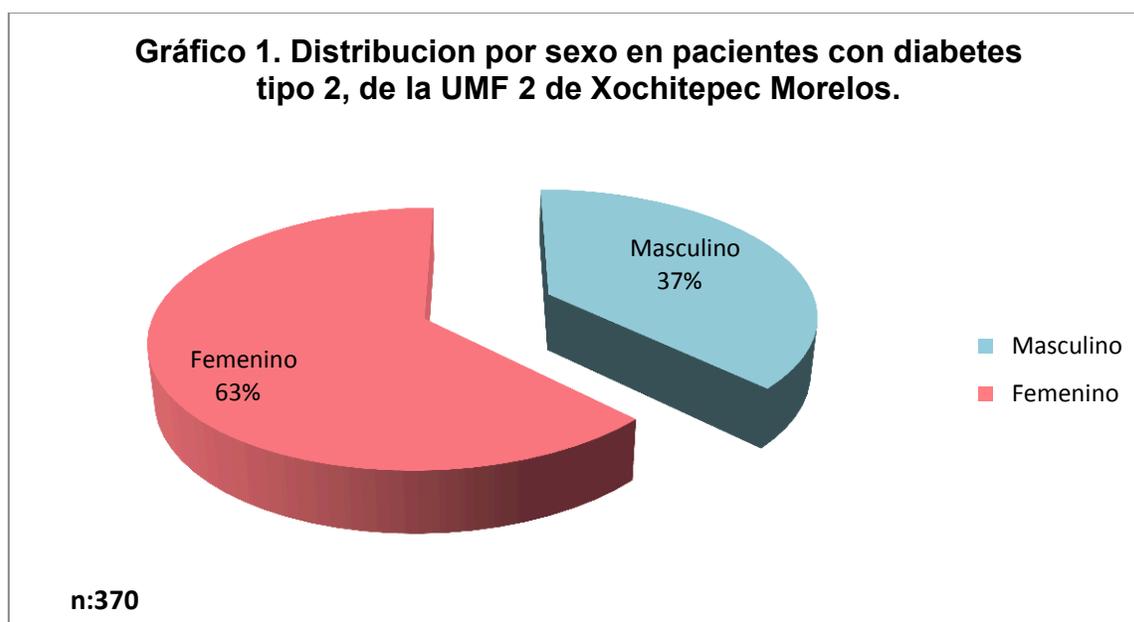
Tabla 4. Funcionalidad familiar en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos

Funcionalidad familiar ^a	n	%
Normo funcional	295	79.73%
Moderadamente disfuncional	55	14.86%
Gravemente disfuncional	20	5.41%

^a Frecuencia

Respecto a la funcionalidad familiar de la población estudiada encontramos que el 79.73% de los pacientes percibe a su familia como normo funcional.

Gráfico 1. Distribucion por sexo en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.



De los pacientes diabéticos que acuden a la UMF 2 de Xochitepec Morelos, predomina el sexo femenino con 63%.

Gráfico 2. Escolaridad en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

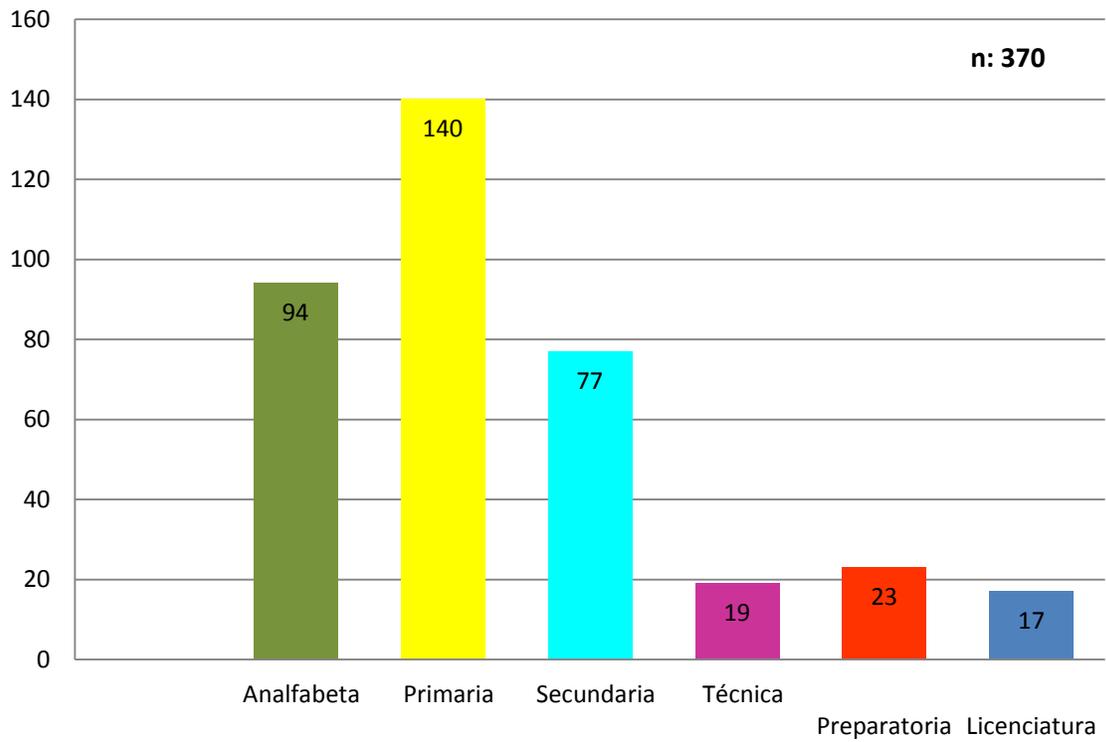


Gráfico 3. Estado civil en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

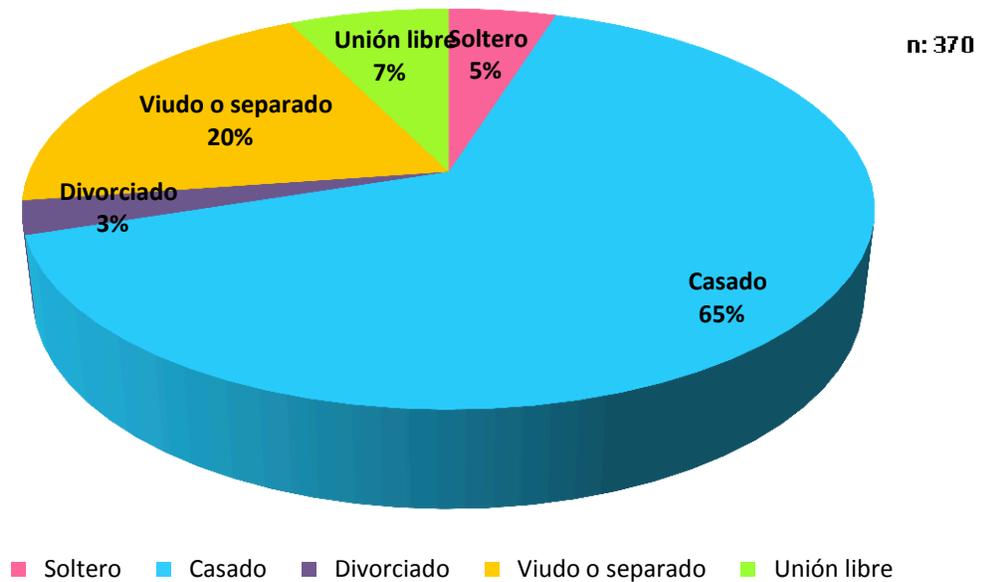


Gráfico 4. Tipo de familia en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitetec Morelos.

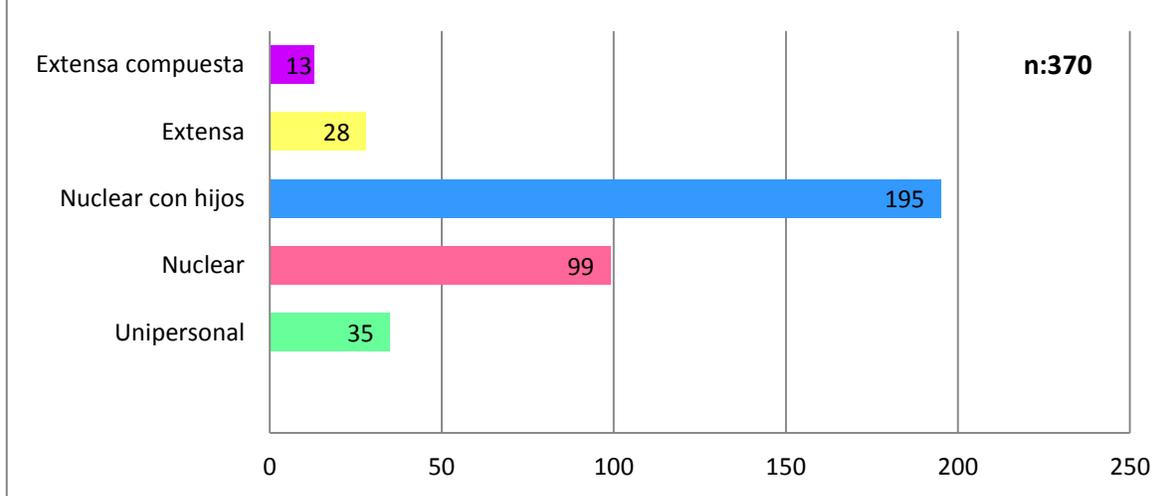


Gráfico 5. Control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

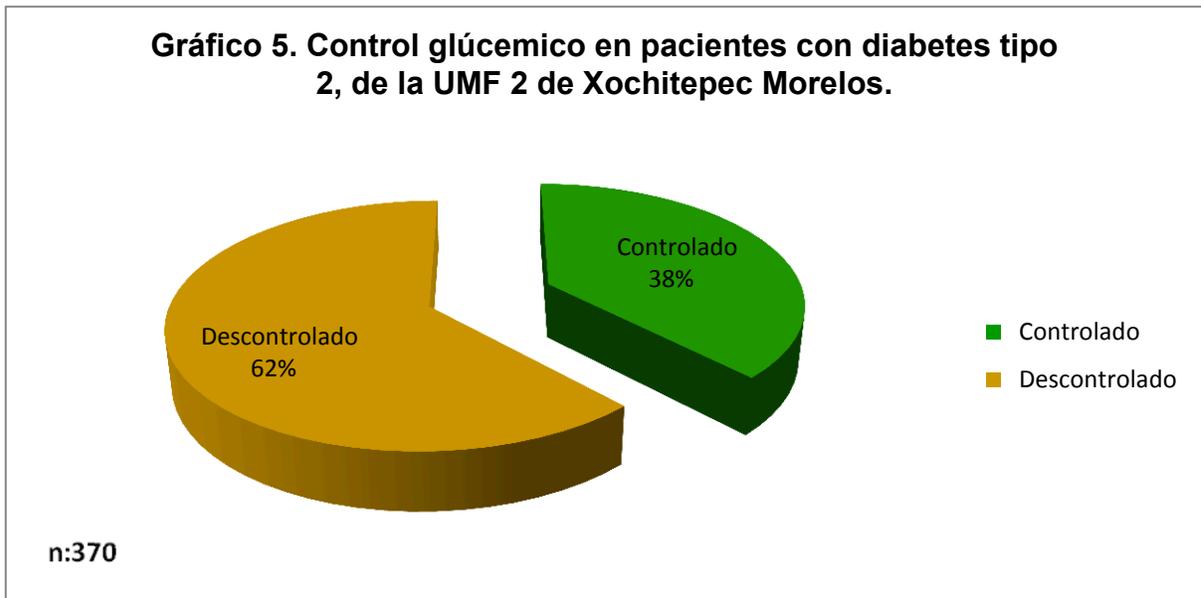
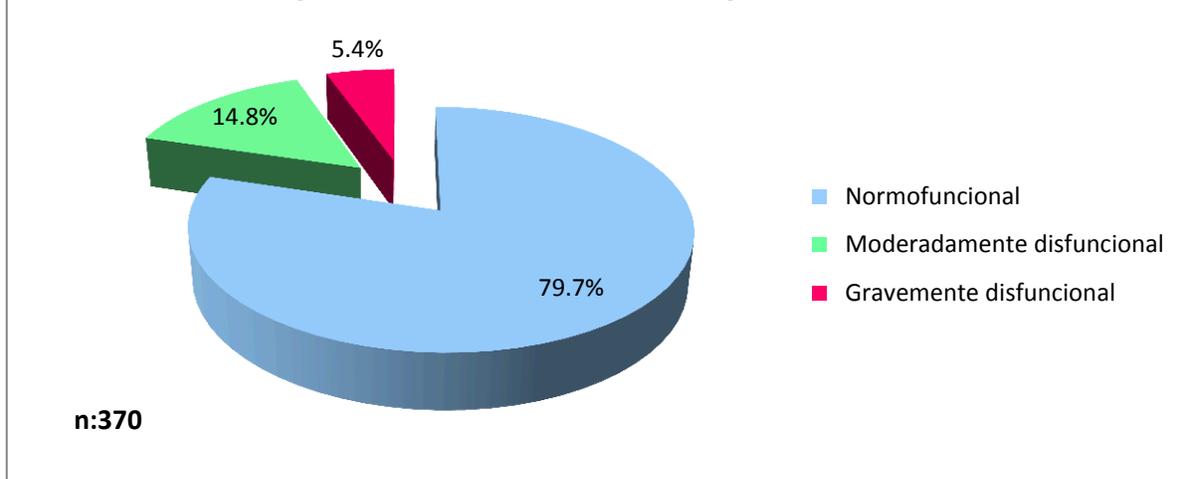


Gráfico 6. Funcionalidad familiar en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.



En cuanto a la funcionalidad familiar el 79.73% percibe a su familia como normo funcional, el 14.86% moderadamente disfuncional y solo el 5.41% la percibe gravemente disfuncional. En el sexo masculino la funcionalidad fue normo funcional con un 81.16%, moderadamente disfuncional 15.22% y gravemente disfuncional con un 3.62%, en el sexo femenino 78.88% normo funcional, moderadamente disfuncional 14.66% y gravemente disfuncional 6.47%.

Tabla 5. Funcionalidad familiar asociado al control glucémico.

Variables	Control glucémico				p
	Controlado		Descontrolado		
Funcionalidad familiar ^a	n	%	n	%	
Normo funcional	112	80	183	79.57	0.386
Moderadamente disfuncional	18	12.86	37	16.09	
Gravemente disfuncional	10	7.14	10	4.35	

^a exacta de Fisher

En cuanto a la relación entre el control glucémico y la funcionalidad familiar, se observó en los pacientes con descontrol glucémico que el 79.57% percibe a su familia como normo funcional, el 16.09% moderadamente disfuncional y el 4.35% gravemente disfuncional. Se observa que el 7.14% de los pacientes que perciben una familia gravemente disfuncionales tienen un nivel glucémico controlado.

Tabla 6. Funcionalidad familiar asociado al control glucémico en el sexo masculino.

Variables	Control glucémico				p
	Controlado		Descontrolado		
Funcionalidad familiar ^a	n	%	n	%	0.014
Normo funcional	45	80.36	67	81.71	
Moderadamente disfuncional	6	10.71	15	18.29	
Gravemente disfuncional	6	8.93	0	0	

^a chi2

Tabla 7. Funcionalidad familiar asociado al control glucémico en el sexo femenino.

Variables	Control glucémico				p
	Controlado		Descontrolado		
Funcionalidad familiar ^a	n	%	n	%	0.961
Normo funcional	67	79.76	116	78.38	
Moderadamente disfuncional	12	14.29	22	14.86	
Gravemente disfuncional	5	5.95	10	6.76	

^a chi2

En cuanto a la relación de funcionalidad y control glucémico por sexo, observamos que los porcentajes son parecidos, excepto que en los pacientes masculinos con descontrol glucémico no se encontró familias gravemente disfuncionales.

Tabla 8. Factores sociodemográficos relacionados con el control glucémico.

Variables	Control glucémico				p
	Controlado		Descontrolado		
	Media (desviación standard)		Media (desviación standard)		
Edad (años) ^a	61.06±12.40		60.9±12.49		0.9022
	n	%	n	%	
Escolaridad ^b					
Analfabeta	33	23.57	61	26.52	0.917
Primaria	53	37.86	87	37.83	
Secundaria	31	22.14	46	20	
Técnica	8	5.71	11	4.78	
Preparatoria	10	7.14	13	5.65	
Licenciatura	5	3.57	12	5.22	
Estado civil ^b					
Soltero	7	5	11	4.78	0.962
Casado	89	63.57	152	66.09	
Divorciado	4	2.86	6	2.61	
Viudo o separado	28	20.0	46	20	
Unión libre	12	8.57	15	6.52	
Tipo de familia ^b					
Unipersonal	14	10	21	9.13	0.642
Nuclear sin hijos	36	25.71	63	27.39	
Nuclear con hijos	78	55.71	117	50.87	
Extensa	7	5	21	9.13	
Extensa compuesta	5	3.57	8	3.48	

^a t de student / ^b chi²

En el sexo, la glicemia central y el estado civil no se encontró relación significativa con la funcionalidad familiar.

Tabla 9. Tipo de familia relacionado con la funcionalidad familiar.

Tipo de familia ^a	Funcionalidad familiar						p
	Normo funcional		Moderadamente disfuncional		Gravemente disfuncional		
	n	%	n	%	n	%	
Unipersonal	20	6.78	8	14.55	7	35	0.001
Nuclear sin hijos	86	29.15	10	18.18	3	15	
Nuclear con hijos	161	54.58	26	47.27	8	40	
Extensa	20	6.78	7	12.73	1	5	
Extensa compuesta	8	2.71	4	7.27	1	5	

^a chi²

Se observó que la tipología familiar que predomina es la nuclear con hijos; en esta la funcionalidad familiar, fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$), encontrando que la familia nuclear con hijos tiene 54.58% de familias normo funcionales.

Tabla 10. Factores sociodemográficos relacionados con funcionalidad familiar.

Variables	Función familiar				p
	Funcionalidad		Disfuncionalidad		
	Valores		Valores		
Edad (años) ^{a 1}	59.81±12.51		65.46±11.13		0.0004
Glucemia central (mg/dl) ^{b 2}	148 (115-201)		149 (120-187)		0.8584
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino ^c	112	37.97	26	34.67	0.689
Femenino	183	62.03	49	65.33	
Escolaridad ^d					
Analfabeta	65	22.03	29	38.67	0.001
Primaria	107	36.27	33	44	
Secundaria	67	22.71	10	13.33	
Técnica	16	5.42	3	4	
Preparatoria	23	7.8	0	0	
Licenciatura	17	5.76	0	0	
Estado civil ^d					
Soltero	13	4.41	5	6.67	0.080
Casado	199	67.46	42	56	
Divorciado	9	3.05	1	1.33	
Viudo o separado	51	17.29	23	30.67	
Unión libre	23	7.8	4	5.33	

a media y desviación standard / t de student / b mediana y rangos intercuartiles 2 / u mann whitney / c exacta de Fisher / d Chi2

La relación entre los factores sociodemográficos y la función familiar, encontramos que los aspectos con diferencias estadísticamente significativas fueron la edad ($p < 0.01$) donde las personas con más edad presentaron mayor grado de disfuncionalidad.

También se observó que existe relación entre la escolaridad y la funcionalidad familiar ($p < 0.01$), a menor escolaridad mayor frecuencia de disfuncionalidad familiar: primaria (44%), analfabeta (38.67%), secundaria (13.33%) y técnica (4%).

13. Discusión:

De los 370 pacientes con diabetes mellitus que se estudiaron se observó que el 62.16% tenían glucemia descontrolada parecido a ENSANUT 2012 que encontró un 74.9% con descontrol metabólico (23), a diferencia de un estudio realizado en el IMSS en Sonora en 2013 que reportó un 29.6% (24), sin embargo estos resultados debemos tomarlos con cautela ya que estos resultados fueron con niveles de hemoglobina glucosilada en comparación con el nuestro que fue por glucosa central en ayunas.

La tipología familiar que predominó fue la nuclear con hijos con un 52.70%, parecido al estudio realizado en Colombia en pacientes diabéticos donde se reportó 52.6% de familia nuclear (25).

Al comparar la funcionalidad familiar encontramos en nuestro estudio un 79.73% con familias normo funcionales, similar al estudio realizado por Herrera Díaz y cols. en Mérida que encontraron un 72% de alta funcionalidad familiar en los pacientes diabéticos (21) y similar a Puigvert, V. en España en 2013 que encontró que el 85% de los pacientes provenía de familias normo funcionales (18).

La relación de control glucémico y funcionalidad familiar en nuestro estudio fue de 30.27%, comparado en el estudio de Jiménez Benavides y cols. que identificó un control de la glucosa y adecuada función familiar en 40.78% (22).

No se encontró correlación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico (índice de Pearson de 1.8706 Pr = 0.392).

Se debe comprender que el tratamiento de la diabetes mellitus, es un conjunto integral de la misma, involucrando desde la comprensión de la enfermedad por parte del paciente y de sus familiares para que con ello se puedan realizar los cambios en los hábitos higiénico dietéticos necesarios, debido a que la dinámica de la familia contribuye en gran medida como sistema de apoyo para el bienestar o por el contrario para empeorar el estado de salud del paciente (24).

La edad y la función familiar tuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), es decir entre mayor sea la edad mayor grado de disfunción familiar tendrá, es importante resaltar que la edad en este estudio tuvo una media de 60.96 ± 12.4 con intervalo de edad mínimo de 23 años con un máximo de 92 años, el promedio de edad de los pacientes estudiados pone de manifiesto el impacto que esta enfermedad tiene en la población económicamente activa con las implicaciones sociales y financieras lo que incrementa el riesgo de complicaciones propias de esta entidad clínica. Es evidente que la educación para la salud desempeña un papel fundamental en las enfermedades ya que posibilita un mejor control de las mismas, con la participación decidida de los pacientes.

Un hallazgo importante en nuestra investigación es la asociación entre la funcionalidad familiar y el grado de escolaridad, a menor grado de escolaridad mayor disfuncionalidad familiar.

En este sentido, nuestro estudio aporta datos de la relación entre control glucémico y algunos factores sociodemográficos y familiares, brindando elementos para que en futuros estudios se de la importancia al estudio de estos factores, y además tomarlos en cuenta para planificar mejores acciones preventivas y terapéuticas.

14. Limitaciones y fortalezas:

Limitaciones:

Entre las limitaciones más importantes es no haber escogido el gold standard como es la hemoglobina glucosilada si no la glucosa en ayunas, por lo que pudiera estar sesgada la información del descontrol metabólico en el momento de la toma.

Otra de las limitaciones importantes son las características sociodemográficas de nuestra población que no son extrapolables a otras poblaciones, ya que tienen características específicas en el área geográfica donde se desarrolla este trabajo,

por lo que se sugiere que se haga en otras partes de la república así como estudios de seguimiento.

El investigador considera como limitación importante que las preguntas de la encuesta las hacia el encuestador y tal vez esto sesgue la información sobre todo en lo que concierne a funcionalidad familiar.

Fortalezas:

Ya que la mayoría de las familias de nuestro estudio son tipo nucleares con hijos, al realizar el cambio en el estilo de vida y habito de los paciente se puede incidir también en las generaciones futuras, evitando así que lleguen a desarrollar la enfermedad, puesto que también observamos que cada vez es menor el rango de edad de aparición de la diabetes.

También dentro de las fortalezas que podemos observar, es que la mayoría de las familias son normo funcionales, por ende podemos apoyarnos de los familiares para que se logre un mejor apego al tratamiento y control de los niveles glucémicos del paciente.

15. Conclusiones:

- Encontramos asociación entre la funcionalidad familiar y la escolaridad, a mayor grado de escolaridad, mejor funcionalidad familiar.
- Así como asociación entre la funcionalidad familiar y el tipo de familia.
- En nuestro estudio, no encontramos asociación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico.
- En nuestro estudio encontramos unos resultados parecidos a la encuesta de ENSANUT del 2012.
- Como parte en nuestra formación de médicos familiares, se debe incluir a la familia en el cuidado de la salud de los pacientes diabéticos y de ellos mismos, fomentando cambios en el estilo de vida, del cuidado de los pies y mantener los niveles de glucemia dentro de los parámetros que sugiere la ADA del 2014.

16. Sugerencias:

Ya que encontramos que el nivel escolaridad que predomina en nuestra población es primaria o menos consideramos que es necesario crear una estrategia entre el personal de salud y el apoyo familiar, que nos ayude a transferir los conocimientos necesarios a los paciente con niveles de escolaridad bajo, así lograr cambios en el estilo de vida y apego al tratamiento integral, obteniendo un mejor control metabólico, prolongar en la presentación de complicaciones y enfermedades secundarias.

Como médicos de primer de atención no olvidar el entorno del paciente e incluir a la familia en los cambios en el estilo de vida, así evitando o retrasando la aparición de nuevos casos en las generaciones futuras.

Referencias Bibliográficas

1. Minuchin S. Familias y terapia familiar reimpresión s, editor. Barcelona: Gedisa; 2011.
2. Medellín M, Rivera M. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental. 2012; 35(1): p. 147 –154.
3. Palomares A, Esperanza E. Concentraciones de hemoglobina glucosilada A1c e diferentes tratamientos para la diabetes. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2014; 19(1): p. 17-22.
4. Helena L. Familia y práctica médica. Universidad Médica Bogotá, Colombia. 2012; 53(2): p. 166 – 185.
5. McCubbin H, Thompson H. Family assessment inventories for research and practice Madison: University of Wisconsin; 1987.
6. Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de los Olivos, Lima. Rev. Med Hered. 2013; 24: p. 12-16.
7. Anzures , Carro , Chávez , Aguilar V. Medicina Familiar. Primera ed. Corinter , editor. México; 2008.
8. Bellón. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atencion primaria. ; 18(6): p. 289-295.
9. Suarez M, Alcalá M. Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica La Paz. 2014; 20(1): p. 53-57.
10. Gómez C, Ponce R. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). Aten Fam. 2010; 17(4): p. 102 – 106.
11. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus.Evidencias y Recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-XXX-XX. Actualización 2012.
12. Cantú PC. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2014; 27: p. 1 – 14.
13. Ávila L, Cerón D, Ramos R, Velázquez L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimiento en pacientes con diabetes. Rev. Méd. Chile. 2013; 141: p. 173 – 180.
14. Federación Internacional de Diabetes (6ª edición 2013). Atlas de la Diabetes de la FID. .

15. Gómez R, Martínez A. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología*. 2014; 34(1): p. 34 – 45.
16. Iglesias R, Barutell L, Artola S, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Suplemento extraordinario. *Diabetes práctica y habilidades en Atención Primaria*. 2014; 5(2): p. 1-24.
17. Múneral M, Restrepo M. Hemoglobina glicosilada A1c vs glucemia plasmática en ayunas de pacientes ambulatorios de un laboratorio médico. *Revista de Salud Pública*. 2011; 13(6): p. 980 – 989.
18. Puigvert Cl. Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. *Enferm. Nefrol*. 2013; 16: p. 28 -29.
19. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia psicológica*. 2011; 29(1): p. 5 -11.
20. Guerrero M, Martínez M. Correlación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. *Universitario C*, editor. Querétaro, Querétaro; 2013.
21. ACADEMIA - VOL. VI. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo2. 2007; 72: p. 62-72.
22. Jiménez B, Gómez S, Niño G. Funcionalidad familiar: control de diabetes mellitus tipo 2.. *Revista de la facultad de Salud Pública y Nutrición*. 2005; 8.
23. Hernández-Romieu A, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Urbe N, Reynoso-Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Publica Mex*. 2011; 53(1): p. 34-39.
24. Urbán-Reyes BR, Coghlan-López JJ, Castañeda-Sánchez O. Estilo de vida e controle glicêmico em pacientes diabéticos nos cuidados primários. *Atención Familiar*. 2015; 22(3): p. 68–71.
25. Alba L, Bastidas C, Vivas JM GF. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Med Mex*. 2009; 149(6): p. 329-34.

“Funcionalidad familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos”

Resumen

Cabañas Peralta M. Camacho Octaviano S.I.

Objetivo:

Se identificó la relación entre la funcionalidad familiar y control de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos.

Antecedentes:

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema creciente de salud mundial, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México 2012 se observa una prevalencia de 9.2% en la población mexicana; la diabetes es una enfermedad crónica que puede controlarse y prevenirse con cambios en el estilo de vida y apego al tratamiento.

La familia es el núcleo social básico que determina actitudes, conocimientos y conductas; por lo que la funcionalidad familiar juega un papel muy importante para mantener la salud de sus integrantes.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional en los pacientes con diabetes tipo 2, ambos sexos, adscritos a la UMF 2 de Xochitepec, Morelos. Se recabó la última glucosa basal registrada en el expediente clínico no mayor a 6 meses y se aplicó la escala apgar familiar a los participantes para categorizar la funcionalidad familiar en: normo funcional, con disfunción leve y disfunción grave. Los datos se vaciaron en el programa excel y se analizaron con el paquete estadístico STATA V10.

Resultados: Los resultados más relevantes que encontramos en nuestro estudio es que las características sociodemográficas que predominan en los 370 pacientes estudiados el sexo femenino con 62.70%, la escolaridad con primaria con 37.84%, estado civil casado con 65.14%. El tipo de familia encontrado con mayor frecuencia es la nuclear con hijos (52.70%). Observamos un 79.73% de familias normo funcionales. El 62.16% de los pacientes no tienen control glucémico. En el estudio no se encontró asociación entre funcionalidad familiar y control glucémico.

Conclusiones: En nuestro estudio, no encontramos asociación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico, sin embargo encontramos una relación entre mayor escolaridad, mejor funcionalidad familiar.

Investigador responsable:

Dra. Maciel Cabañas Peralta.

Médico General, adscrito a la UMF 2, Turno vespertino.

Matricula: 99120508

Correo: maluheho@hotmail.com

Tel: 7441643545

Investigador asociado:

Dra. Sandra Imelda Camacho Octaviano.

Médico Familiar, adscrito al HGZc/MF 7, Cuautla Morelos.

Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Matricula: 11011459

Correo: sakeca@live.com.mx

Tel. 7351639835

Anexo 1.

“Funcionalidad familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec Morelos”

a) Encuesta basal.

Fecha: ___/___/___

Folio: _____

No. de consultorio y turno: _____

Edad: _____

Nombre: _____

No. seguro social: _____

Glucemia central: _____mg/dl. Fecha de glucosa: _____

1.- Sexo (1) Masculino (2) Femenino

2.- ¿Cuál es su Nivel de Escolaridad? Analfabeta (0), Primaria (1), secundaria (2), técnica (3), preparatoria (4), Licenciatura (5).

() Analfabeta

() Primaria

() Secundaria

() Técnica

() Preparatoria

() Licenciatura

3.- ¿Cuál es su Estado Civil?

() Soltero, () Casado, () Divorciado, () Viudo, () Unión Libre.

5.- Con quien vive:

0) Vive sólo. 1) Con su pareja. 2) Pareja e hijos. 3) Pareja, hijos y otros familiares consanguíneos. 4) Pareja, hijos y familiares no consanguíneos.

b) Escala de funcionalidad familiar APGAR.

Preguntas	Casi nunca (0 puntos)	A veces (1 punto)	Casi siempre (2 puntos)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			
Total (suma de todos los puntos)			

Categorización	Puntaje	Puntaje obtenido
Familias normo funcionales	7 a 10 puntos	
Familias moderadamente disfuncionales	4 a 6 puntos	
Familias gravemente disfuncionales	0 a 3 puntos	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS 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: **"Funcionalidad familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2, de la UMF 2 de Xochitepec, Morelos"**

Lugar y fecha: **UMF No. 02 Xochitepec, Morelos.**

Número de registro: PENDIENTE

Justificación y objetivo del estudio: **La diabetes es un grave problema de salud mundial, por lo que consideramos de gran importancia lograr el control glucémico para prevenir la morbimortalidad, el apoyo de la familia y su funcionalidad es importante para lograr apego terapéutico y control glucémico. El objetivo de este estudio es identificar la relación entre la función familiar y control de la glucemia de los pacientes con diabetes tipo 2 de la UMF 2 de Xochitepec Morelos**

Procedimientos: **Responder la escala de funcionalidad familiar APGAR, así como tomar el registro de la glucemia central del expediente clínico no mayor a 6 meses.**

Posibles riesgos y molestias: **Mínimo riesgo, durante el presente trabajo, puede ser que al principio me sienta nervioso, contrariado, apenado, o incómodo.**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: **Conocer el tipo de funcionamiento familiar, en caso de detectar disfuncionalidad familiar o descontrol glucémico se referirá con la especialidad correspondiente.**

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: **se informará a los pacientes sobre el resultado del APGAR familiar y en caso necesario se referirá a su médico familiar o a psicología.**

Participación o retiro: **conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente**

Privacidad y confidencialidad: **no se me identificará en las publicaciones que deriven de este estudio y mis datos serán manejados en forma confidencial.**

- En caso de colección de material biológico (si aplica):
- No autorizo 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.

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

Investigador Responsable: **Maciel Cabañas Peralta**
Correo electrónico: **maluheho@hotmail.com**
Tel. **7441643545**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: UMF No. 2 de Xochitepec, Morelos, ubicada en Calle Argentina esquina con Honduras Centro, s/n, c. p. 62790, teléfono: 01 777 3612150.

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