



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9
ACAPULCO, GUERRERO**

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 17.**

PRESENTA:

DRA. MÓNICA MARCELO DELGADO

ACAPULCO, GRO

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 CON ENFERMEDADES CRONICAS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO 17.


TESIS

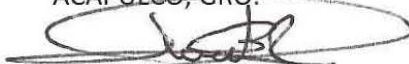
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MONICA MARCELO DELGADO

AUTORIZACIONES:


DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
ACAPULCO, GRO.


DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS

COORDINAR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR DEL TEMA Y METODOLOGIA DE TESIS.


DR. LIBRADO PEREZ MIJANGOS

PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
EN LA UNIDAD DE MEDICNA FAMILIAR No. 9, ACAPULCO, GRO.

ACAPULCO, GRO.

OCTUBRE DE 2017


**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 17"**


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


PRESENTA

DRA. MÓNICA MARCELO DELGADO

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.**



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101 con número de registro 13 CI 12 001 186 ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA 29/01/2016

DRA. MONICA MARCELO DELGADO

PRESENTE


Le digo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 17.

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

Núm. de Registro
R-2015-1101-19

ATENTAMENTE


DR. (A) MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme brindado el apoyo para poder seguir superándome como persona y profesionista y de la cual me siento orgullosa por pertenecer a esta empresa.

A los Profesores de la Universidad Autónoma de México por ser parte de mi evaluación como profesionista.

Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos que fue una de las personas que siempre me apoyo cuando solicite su ayuda.

A los profesores del curso por su comprensión y tolerancia.

A los médicos del IMSS que conocí en mí rotación hospitalaria del Hospital General Regional No 1 por haberme ayudado con sus conocimientos. Dra. Iris De la Paz Reza, Dra. Evelia Palacios, Dra. Magdalena Hernández, Dr. Sergio Cabrera, Dr. Hugo Arancibia, Dr. Eduardo Neri.

DEDICATORIA

Primero quiero agradecer a Dios por permitirme continuar con vida, ya que desde hace 5 años posterior a la detección de mi enfermedad he tenido episodios de exacerbación de la misma y por la cual estuve a punto de renunciar antes de culminar mi etapa de la especialización.

A mis padres el Sr. Alejandro Marcelo Madero y la Sra. María Amparo Delgado a quienes les debo lo que soy y en lo que me he convertido, gracias a su apoyo incondicional moral, espiritual y económico hacia mi persona y mi hija. Que han soportado mis cambios de carácter por todo y eso más gracias.

A mi hija Alessandra Marcelo, el mayor tesoro que dios me ha podido conceder y de la cual me siento afortunada y orgullosa de ser su madre, siendo mi mayor motivación para no rendirme y llegar a ser un ejemplo para ella, demostrándole que a pesar de los obstáculos que encontremos en la realización de nuestras metas dependerá de cada individuo la forma de manejar ese tipo de situaciones que se presenten.

A mis primos Ever Alexander Bailón y Edwin Morales de los que recibí su apoyo para la realización de mi protocolo y cuidado hacia mi hija.

A mis amigos y compañeros que conocí como residente: Miriam Bello Olea, Gabriela Liliana Aviles Vázquez, Sonia López Miranda, Carlos Serrano Valentín Álvarez, Ismael Marín Villanueva, Daniel Oswaldo Hernández Varela y Alejandro Ramírez Zepeda, quienes contribuyeron de forma individual y de los cuales he aprendido algo, gracias a todos ellos por su amistad.

RESUMEN

TÍTULO: Funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas de la Unidad de Medicina Familiar No 17.

OBJETIVO

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónicas en tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar no. 17

METODOLOGÍA

Estudio Transversal Analítico realizado en 176 pacientes de 45 años y más adscritos a la UMF no. 17 ubicado en La Unión, Guerrero. Realizado durante el periodo Noviembre 2015 a Febrero del 2016. Autorizado por el comité local de investigación en salud, se otorgó un consentimiento informado aplicando una encuesta previamente validada por consenso de expertos (Médico Familiar, Médico Internista) para conocer las características sociodemográficas y clínicas. Se aplicó método de Graffar en el nivel socioeconómico y el test de Apgar para la funcionalidad familiar. Los datos se capturaron en una hoja de control para su análisis estadístico descriptivo, frecuencias simples y porcentajes, con cálculo de Chi cuadrada mediante programa estadístico SPSS.

RESULTADO

Predominó el sexo femenino con un total de $n=95$ (53.98%), y el masculino con $n=81$ (46.02%). El grupo de edad sobresaliente fue 45-55 años $n=71$ (40.34%), seguido de 66 años y más $n=56$ (31.82%) y el último entre 55 y 65 años con $n=49$ (27.84%). En el estado civil, los casados predominaron un 76.70%, asociándose con la disfuncionalidad con $p=0.00$. Las enfermedades crónicas con $n=89$ (50.56%), con $p=0.014$, resultando relevante para este estudio.

CONCLUSIONES

Los factores predominantes asociados a la funcionalidad familiar fueron el estado civil, el sexo y las enfermedades crónicas.

Palabras claves: Enfermedades crónicas, funcionalidad familiar.

SUMMARY

TITLE: Family Functionality in Patients with Chronic Diseases of the Family Medicine Unit No 17.

OBJECTIVE

Identify the family functionality in patients with chronic diseases under treatment in the Family Medicine Unit no. 17

METHODOLOGY: Transversal Descriptive Study performed in 176 patients aged 45 years and older assigned to UMF no. 17 located in La Unión, Guerrero. Conducted during the period November 2015 to February 2016. Authorized by the local health research committee, an informed consent was granted applying a survey previously validated by consensus of experts (Family Doctor, Internist) to know sociodemographic and clinical characteristics. Graffar method was applied in the socioeconomic level and the Apgar test for family functionality. The data were captured in a control sheet for descriptive statistical analysis, simple frequencies and percentages, with Chi square calculation using SPSS statistical program.

RESULT: Female gender predominated with a total of $n = 95$ (53.98%), and the male with $n = 81$ (46.02%). The highest age group was 45-55 years $n = 71$ (40.34%), followed by 66 years and over $n = 56$ (31.82%) and the last group between 55 and 65 years old with $n = 49$ (27.84%). In the marital status, the married ones prevailed 76.70%, associating with the dysfunctionality with $p = 0.00$. Chronic diseases with $n = 89$ (50.56%), with $p = 0.014$, being relevant for this study.

CONCLUSIONS: The predominant factors associated with family functionality were marital status, sex, and chronic diseases.

Key words: Chronic diseases, family functionality.

INDICE

1.-	Marco teórico	01
2.-	Planteamiento del problema	20
3.-	Justificación	21
4.-	Objetivo General	22
	4.1 Objetivos específicos	22
5.-	Hipotesis	22
6.-	Metodología	22
	6.1 Tipo de estudio	22
	6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	22
	6.3 Tamaño de la muestra y tipo de la muestra	23
	6.4 Criterios de selección	23
	6.5 Definición y operación de las variables	24
	6.6 Descripción general del estudio	26
	6.7 Metodo de recolección de datos	27
	6.8 Organización de datos	27
	6.9 Analisis Estadísticos	27
	6.10 Consideraciones éticas	27
	6.11 Presupuesto y financiamiento	29
7.-	Resultados	30
8.-	Discusión	44
9.-	Conclusiones	47
10.-	Recomedaciones	48
11.-	Referencias	49
12.-	Anexos	53

1.- MARCO TEÓRICO.

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud en las sociedades contemporáneas. Según Avellaneda, citado por Loraine y otros, el aumento sostenido de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial desde el pasado siglo, especialmente en países con altos indicadores de salud y desarrollo, su carácter complejo y multifactorial, su impacto sobre poblaciones vulnerables y el hecho de que producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen, las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, lo político, lo social y lo personal.¹

De la misma manera que son el resultado de la integración de múltiples factores, en especial de carácter social, que involucran cambios epidemiológicos, demográficos, medioambientales, relativos a estilos y modos de vida y a la individualidad, sus consecuencias también tienen múltiples resonancias sobre diferentes espacios y dimensiones.¹

Las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona, así como sus redes sociales. Una vez instauradas pueden producir cambios psíquicos y corporales intensos y modificar áreas de vida significativas, lo cual demanda de las ciencias de la salud superar el enfoque exclusivamente centrado en signos y síntomas físicos para dirigir la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona enferma, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico.¹

Es importante, en este sentido, abordar los impactos generados por las enfermedades crónicas sobre las diferentes áreas de vida y reflexionar sobre los ejes de significación subyacentes, partiendo de reconocer la amplitud, variedad y heterogeneidad de las experiencias de salud como experiencias sociales.¹

La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud.¹

Las referencias de las personas con enfermedades crónicas suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de "carga" familiar. Este sentido de "carga" se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos, reestructuración de funciones y ocupaciones, estas últimas muchas veces relacionadas con las limitaciones ocupacionales y con el aumento de los gastos de salud. Ellos hacen parte de los retos que la familia enfrenta ante la realidad de una enfermedad crónica, lo cual se pudiera constituir en una demanda excesiva sobre su capacidad de adaptación, y tener efectos sobre el curso de la enfermedad y la estabilidad familiar.¹

Incluso más que "cargas", las enfermedades crónicas pueden producir "dependencias", problema que ha adquirido gran magnitud en los últimos años. Entendida como estado permanente de falta o pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, implica la demanda de atención de otras personas y ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria.¹

La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.¹⁵ es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica. Las mujeres juegan un rol esencial en este sentido.¹

Los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.¹

De acuerdo con el Informe del Estado Global en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en abril de 2011, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de, aproximadamente, el 63 % (36 millones) del total (57 millones) de muertes ocurridas en el mundo en el año 2008.

Cabe destacar que el impacto de la carga de enfermedad y de la mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles, está aumentando de manera desproporcionada en los países y en las poblaciones con ingresos más bajos, con casi el 80 % de las muertes asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles registradas en los países de bajos y medianos ingresos.

Existen intervenciones costo-efectivas, basadas en la "evidencia", para prevenir y controlar la amenaza de las enfermedades crónicas a nivel mundial regional, nacional y local.²

La OMS y la recientemente adoptada declaración política sobre las enfermedades crónicas no transmisibles de la Asamblea General de las Naciones Unidas han hecho un llamado a la comunidad mundial para que se reconozcan las repercusiones devastadoras de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo y la importancia de adoptar medidas encaminadas a reducirlas. Los próximos diez años, 2012- 2022, se han definido como el decenio de las Naciones Unidas de la lucha contra las enfermedades no transmisibles, para garantizar que el 85 % de la población mundial tenga acceso a la información, a la educación y a los servicios de salud, para reducir la vulnerabilidad y las tasas de mortalidad asociadas a las enfermedades crónicas.²

La enfermedad crónica se puede definir como "aquella que, por un lado, comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente, y, por otro lado, se trata de un proceso incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad".³

Las ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles) conforman un número importante de enfermedades, dentro de las que se encuentran las cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la mayoría de las formas clínicas de cáncer, los trastornos metabólicos y las enfermedades respiratorias y pulmonares; además, se suman las enfermedades osteoarticulares y las renales dentro de este grupo.³

Estas enfermedades han venido presentando cifras similares a las de epidemias mundiales, y se han identificado como la causa principal de discapacidad y de millones de muertes prematuras requiere de mayor cuidado en salud, generan altos costos

sociales y económicos a nivel mundial y se catalogan como las enfermedades que generan más muertes en el mundo.³

Los costos a largo plazo del tratamiento y los efectos negativos sobre la productividad son devastadores para la situación económica de los individuos, familias y sociedades.³

Es importante el aumento en el gasto por parte de los gobiernos en relación con estas enfermedades, ya que sin intervenciones exitosas se estima que las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus tipo 2 y los accidentes cerebrovasculares costarán \$84 mil millones de dólares entre 2006 y 2015 para la economía de EE. UU. De la misma manera, entre 2007 y 2017, China, India y el Reino Unido dejarán de generar ingresos en su producto interno bruto por \$558, \$237 y \$33 miles de millones de dólares estadounidenses, respectivamente, como consecuencia de una menor productividad económica vinculada con enfermedades del corazón, derrames cerebrales y diabetes.³

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007), México ha registrado en los últimos años un incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas.⁴

La modificación en el estilo de vida, los cambios en el tipo de alimentación, el avance tecnológico y la innovación en el campo médico han modificado las enfermedades que padecemos y las razones por las que morimos. La transición epidemiológica, muestra cambios importantes en la prevalencia de las enfermedades infecciosas y las crónico-degenerativas. Actualmente, predominan las enfermedades no transmisibles como resultado del incremento en la esperanza de vida. El descenso de la mortalidad general a nivel nacional, que pasó de 16 defunciones por 1 000 habitantes en 1 950 a 4.4 en 2005, produjo un incremento en la esperanza de vida, que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en mujeres y 73 años en los hombres en 2005.⁵

El porcentaje de mortalidad explicado por los desenlaces relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles ha tenido un crecimiento continuo. En sólo cuatro años (2000 a 2004), la proporción de la mortalidad general explicada por la diabetes mellitus (DM) y las enfermedades cardiovasculares se elevó de 24.9% a

28.7 % en los hombres y de 33.7% a 37.8% en las mujeres. Como consecuencia, desde el año 2000 la cardiopatía isquémica y la diabetes son las dos causas de muerte más frecuentes en México en la población general.⁵

En nuestro país, hay tres enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% en hombres: agregándose a las dos ya mencionadas las enfermedades cerebrovasculares, con las que se comparten algunos factores de riesgo como el sobrepeso y la obesidad que afecta al 70% de la población mayor de 20 años. El tabaquismo, la dislipidemia y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, su prevalencia en adultos es de 21.5%, 26.5% y 30.8%, respectivamente a nivel nacional.⁵

Algunas características hacen diferentes a estas enfermedades y es que, como su nombre lo indica, son crónicas, es decir, no se curan, lo que obliga a que la persona tenga que convivir, en la mayor parte de los casos, de manera permanentemente con ellas y, de otro lado, su emergencia es el resultado de una serie de circunstancias irreversibles y de alguna manera deseables, como la mejora en el nivel económico de los pobladores, pero, a costa de urbanización y migración a las ciudades, con la adopción de estilos de vida no saludables en alimentación y en deficiente actividad física, lo que conlleva a que, para su control, se requiera de un cambio en la concepción y la incorporación de cambios en el estilo de vida.⁶

La disrupción que originan las ECNT en la vida de las personas, hace que se establezca una “relación simbiótica”; así las ECNT promueven su aparición, en especial depresión, la cual impide que el tratamiento de las mismas sea eficiente, afectando la adherencia al tratamiento o promoviendo la inactividad física. Esto afectará aún más la calidad de vida.⁶

La diabetes mellitus constituye un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia (aumento de las concentraciones de glucosa en sangre), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambos. Se trata de una compleja enfermedad en la que coexiste un trastorno global del metabolismo de los

hidratos de carbono, grasas y proteínas. Suele ser oligosintomática y puede presentarse con la tríada clásica integrada por poliuria, polidipsia y polifagia.⁷

Actualmente, en el mundo hay cerca de 387 millones de personas con diabetes mellitus (DM); sin embargo, se considera que una cifra similar permanece aún sin diagnóstico. La Organización Mundial de la Salud determinó que, en el 2012, aproximadamente cada 7 segundos murió una persona por diabetes, y que la tasa de mortalidad en el mundo por esta patología varió entre 3 a 170 por cada 100.000 habitantes, dependiendo de las condiciones sociodemográficas y culturales de cada región.⁸

Para el año 2025 se proyectan incrementos en el número de casos de un 41 % en países desarrollados y un 170 % en países en desarrollo, en relación con los existentes a finales del pasado siglo. En términos de prevalencia, el incremento será de un 27 % en los países desarrollados y de un 48 % en los en desarrollo.⁹

Se afirma que en muchos países consumen entre el 5 y el 10% de presupuesto destinado a la salud y más del 50% es debido a las complicaciones, principalmente con la falta de control adecuado de los niveles de glucosa. La federación internacional de diabetes calculó que en el 2013 en el mundo estaban sin diagnosticar 175 millones de personas con diabetes.¹⁰

En México es una epidemia que va en ascenso acelerado. En el 2010 se reportó una prevalencia del 14.42%, las mujeres presentaron una prevalencia del 9.67% (3.5 millones), de hombres el 8.6% (2.8 millones) y la edad más frecuente fue entre 50 y 69 años (63.9%). Es así que en el año 2000 la diabetes ocupa el primer lugar como causa de muerte en México, de acuerdo con el sistema nacional de información en salud (SINAIS).¹⁰

México ocupa actualmente el octavo lugar en la prevalencia de diabetes los especialistas internacionales refieren que para el año 2025 el país ocupara el sexto o séptimo lugar, con 11.9 millones de mexicanos con diabetes. En cuanto a la mortalidad es sexto lugar y el tercero en el continente americano. De acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2012, durante los últimos 12 años la

prevalencia combinada con sobrepeso y obesidad en el adulto aumenta un 15.2%. La prevalencia fue del 71.2% de los adultos presentan sobrepeso y obesidad. Resultó ser más alta en el sexo femenino que en el masculino 37.5% y el 26.8% respectivamente.

10

En un estudio realizado en México por Arredondo y de Icaza en 2011, se calcularon los costos directos que generó la atención de la enfermedad en todas las instituciones del sector salud y los seguros privados, los cuales ascendieron a \$343,226,541 M.N. En cuanto a los costos indirectos, se estimaron alrededor de \$778, 427,475 M.N. Es importante recalcar que por cada 100 pesos que se gastan en diabetes en México, aproximadamente 51 pesos proviene de los hogares/ingresos familiares, lo que representa una carga social de muy alto impacto.¹⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social, (según Turrubiarte, Reyes, Fernández y Gutiérrez, 2006) citado por Rocío Soria señala que las tendencias en la mortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles, están relacionadas con los impactos de las intervenciones en cuestiones de salud: las de impacto a corto plazo, como las relacionadas con enfermedades infecciosas; las de impacto a mediano y largo plazos, como las relacionadas con cáncer de mama y cáncer cervicouterino; y las de baja efectividad preventiva que requieren cambios en los estilos de vida del paciente, como en el caso de la diabetes mellitus y la enfermedad isquémica del corazón. Las enfermedades crónicas causan deterioro en la calidad de vida de quienes las padecen y pueden representar un serio problema para las personas que conviven con ellos. Las enfermedades crónicas como el cáncer no sólo altera al paciente por el proceso de adaptación que implican sino que también pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos.¹¹

Actualmente en México se pueden reconocer cambios favorables en los servicios de salud que han tenido como resultado el decremento de los padecimientos lo cual implica la posibilidad de una vida más larga. Sin embargo, las enfermedades crónicas se han convertido en un problema creciente. Según Escalona (2005), citado por Soria

Trujano, menciona que sólo del 40.75% de los pacientes cumple con su tratamiento a pesar de disponer de él. Muchos padecimientos son controlables; no obstante, los enfermos no cumplen con el tratamiento y ello puede causarles serias complicaciones de salud y hasta la muerte. Así, esta falta de control de las enfermedades crónicas representa altos costos al sistema de salud, gastos para el paciente y la familia de éste, ausencias laborales, retiros laborales (pensionados y jubilados). De ahí la importancia de promover en los enfermos el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, es decir, de la adherencia terapéutica, aspecto fundamental para la eficacia de los programas de intervención en salud.¹¹

Hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) es la afección crónica más frecuente en la población adulta en el planeta; se comporta como *factor de riesgo* para padecer las enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad renal crónica.¹²

Debido a los mecanismos de compensación, la enfermedad puede evolucionar asintóticamente, incluso con presión arterial diastólica de 120 mm Hg. Las manifestaciones suelen ser inespecíficas o se deben a las complicaciones, por lo cual se estima que hasta 25 % de los afectados fallece por secuelas de esta entidad clínica, sino es identificada a tiempo.¹³

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la mortalidad por enfermedades cardiovasculares que frecuentemente están asociadas a hipertensión llega a ser de 250/100 mil habitantes. Aun con los avances en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el número de muertes por consecuencia de la HAS sigue creciendo, y se estima que en 2020 esté liderando las estadísticas de causa-muerte en todo el mundo. Pese a ello, todavía no hay acciones concentradas y sostenibles que permitan a los sistemas de salud de América Latina y Central desarrollar estrategias y programas eficaces y eficientes de control de la enfermedad.¹⁴

En los últimos cinco años, los gastos con medicamentos han subido vertiginosamente en el mundo. En Gran Bretaña y en los EE.UU. este aumento llegó al 50% y al 173%, respectivamente. Entre las principales causas identificadas como factores que contribuyen a la falla en el control de HAS, se encuentran las prescripciones inadecuadas.¹⁴

Entre el año 2000 y 2006, la prevalencia de HTA se mantuvo tan alta que afectó a 31.6% de los adultos mexicanos. Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad. Por esta razón, la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en el año 2006, 47.8% de estos adultos con HTA fueron hallazgo de la encuesta, es decir, no habían sido diagnosticados. Además, de los adultos previamente diagnosticados únicamente 39.0% recibía tratamiento. Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes.¹⁵

En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. Más del 90% de los cuales se gastan en países de altos ingresos, mientras que los países de bajos y medianos ingresos, a pesar de tener una carga de enfermedad más de cinco veces mayor que los correspondientes países de altos ingresos, tienen acceso a solo el 10% de los recursos globales de tratamiento. Los parámetros de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad del tratamiento de la hipertensión en la población general son muy afectados por la presencia de comorbilidades y complicaciones.¹⁶

La interacción constante con los individuos con hipertensión arterial, en muchas ocasiones perturba la ejecución de la rutina diaria, las alteraciones de la vida cotidiana son innumerables. La forma como cada persona enfrenta la enfermedad depende de las características individuales y de la importancia atribuida a este padecimiento, lo que puede llevarle a experimentar sentimientos, como miedo, inseguridad, ira, tristeza y melancolía.¹⁷

Las pacientes con HAS, requieren una supervisión continua, necesitan apoyo y seguimiento por un equipo multidisciplinario que les ayude a enfrentar los sentimientos que emergen en el día a día de un individuo con hipertensión. Vivir la experiencia de una enfermedad es relacionarse de forma conflictiva con el entorno social, pues el individuo con una enfermedad crónica se sentirá más enfermo al dejar de realizar actividades que le permitan pertenecer al contexto en que viven.¹⁷

Los individuos con una enfermedad crónica, pueden reconocer luchas de adaptación, principalmente al inicio de la enfermedad, relatando muchas veces periodos de difíciles de cambios que afectan la vida cotidiana del individuo con hipertensión arterial, en este periodo manifiestan alteraciones o procesos de descompensación que muchas veces se desarrollan aún más los problemas emocionales, lo que impide el control de la presión arterial.¹⁷

Las patologías que se desarrollan a corto o largo plazo producen algunas reacciones en el paciente como la negación frente al diagnóstico; muchas veces el individuo muestra tristeza y melancolía, buscando un aislamiento personal que puede durar unos minutos, o por toda la vida, hasta el fin de la enfermedad. Presentan también otras reacciones como rabia, y resentimiento. Los pacientes reaccionan con hostilidad, tanto con los médicos como con los familiares, es una fase delicada y desafiadora que exige mucha comprensión por parte de los profesionales de la salud; el paciente con una enfermedad puede manifestar depresión, fase en que el paciente presenta sentimientos de tristeza, por el tiempo desperdiciado cuando poseía la salud, o la aceptación cuando el individuo se apoya en su fe divina.¹⁷

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública; a pesar de todos los avances en la investigación y el tratamiento, cada año mueren más de 6 millones de personas en todo el mundo. Esta situación es crítica, por lo que deben implementarse estrategias preventivas, de lo contrario la Organización Mundial de la Salud advierte que para el año 2025 habrá 15,5 millones de casos nuevos.¹⁹

Las naciones industriales con las mayores tasas de cáncer en general son: EEUU, Italia, Australia, Alemania, Países Bajos, Canadá y Francia. Los países en desarrollo con el más bajo de cáncer fueron en el norte de África, Asia meridional y oriental.¹⁸

Casos de cáncer Panorama Internacional 2000 – 2020.¹⁸

Tipos de cáncer	2000		2020	
	Núm.	%	Núm.	%
Pulmón	1, 000, 200	12.34	2, 000, 000	13.33
Mama	1, 000, 100	12.34	2, 000, 000	13.33
Colon	940, 000	11.60	1, 700, 000	11.34
Estómago	870, 000	10.74	1, 400, 000	9.33
Hígado	560, 000	6.91	1, 000, 000	6.67
Cuello uterino	470, 000	5.80	800, 000	5.33
Esófago	410, 000	5.06	800, 000	5.33
Cabeza y cuello	390, 000	4.81	700, 000	4.67
Vejiga	330, 000	4.07	600, 000	4.00
Hodgkin	290, 000	3.58	550, 000	3.67
Leucemia	250, 000	3.09	500, 000	3.33
Próstata y testículos	250, 000	3.09	500, 000	3.33
Páncreas	216, 000	2.67	400, 000	2.67
Ovario	190, 000	2.35	380, 000	2.53
Riñón	190, 000	2.35	390, 000	2.60
Endometrio	188, 000	2.32	300, 000	2.00
Sistema nervioso	175, 000	2.16	250, 000	1.67
Melanoma	1333, 000	1.64	250, 000	1.67
Tiroides	123, 000	1.52	230, 000	1.53
Faringe	65, 000	0.80	100, 000	0.67
Enfermedad de Hodgkin	62, 000	0.77	150, 000	1.00
Total Mundial	8, 102, 3000	100.0	15, 000, 000	100.0

En el año 2002, los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte en México; 58 599 personas fallecieron debido a esta etiología, que en conjunto representó el 12,7% de las defunciones en ese año. Si se analizara por sexo, los varones representaron el 11,2 % del total de fallecimientos y las mujeres el 14,7 %. Las causas

de muerte por cáncer más comunes en las mujeres fueron cáncer cervicouterino (CaCu) con el 14,4 % y de mama con el 12,9 %. Entre los hombres, las etiologías fueron principalmente tráquea, bronquios y pulmón con el 16 % y próstata con el 14,8 %.¹⁹

En México, por ejemplo, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en la población general después de las enfermedades cardiovasculares, que representan gastos millonarios para los institutos de salud. Por ejemplo, en 1999, el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social gastó 451 millones de pesos mexicanos para la atención a pacientes con cáncer. De 1950 a 1998, las muertes por enfermedades oncológicas tuvieron un incremento del 68 %. Considerando que en los años 50 del pasado siglo hubo 1 655 muertes por cada 100 000 habitantes, esta cifra aumentó a 52 681 personas en 1998. A partir de la década de los 90, los tumores malignos aumentaron considerablemente en mexicanos mayores de 30 años de edad y de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) en 1999, el CaCu (Cáncer Cervicouterino) ocupó el primer lugar con 22 000 casos por año. A su vez, no se detectaron 11 139 casos de cáncer de mama; 6 146 casos de cáncer de próstata y 4 594 afectadas con cáncer de los ganglios linfáticos en la población general.⁷ Del total de casos, el 63,5 % eran mujeres y el resto correspondió a hombres.¹⁹

La falta de una adecuada nutrición no solo es el problema más álgido y urgente por resolver dentro del campo de la salud pública; además, es el principal escollo para un adecuado desarrollo económico-social del país; la Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y de las enfermedades mentales comienza. La diabetes es un grave problema de salud pública pero hasta el 2005 no existía ningún plan de prevención integral. Se ha comprobado que la hiperglicemia agrava cualquier emergencia en salud: una reducción a nivel poblacional de 0.1% de la concentración de glucosa en sangre reduce la mortalidad general en 10%. El cáncer, en particular el gástrico, así como la diabetes y enfermedades degenerativas están

aumentando dramáticamente favorecidos por un cada vez más promocionado consumo de carbohidratos refinados.²⁰

Si se previene eficazmente el síndrome de resistencia a la insulina (síndrome Metabólico) In inflamación subclínica sistémica se prevendrán poderosamente accidentes cerebrales vasculares (infarto/hemorragia cerebral), el infarto cardíaco y todas las enfermedades isquémicas coronarias; además, la diabetes y la hipertensión arterial, que la preceden. Con una medida tan simple como la ingestión diaria de frutas y verduras, es decir, aumentando la cantidad diaria de potasio se mejora ostensiblemente la inflamación vascular sistémica y cerebral, reduciendo drásticamente la mortalidad. El ejercicio aeróbico frecuente tiene múltiples efectos antiinflamatorios y reduce también el riesgo de padecer cáncer. Así entonces, la nutrición es un arte que previene y mejora la evolución y el pronóstico de la enfermedad, a corto y a largo plazo, mejora la calidad en salud, eleva el rendimiento poblacional y contribuye enormemente al desarrollo económico de un país.²⁰

El mayor riesgo a enfermar, que comienza muy temprano en la vida, y que se origina por la acumulación de grasa visceral inclusive desde la etapa intrauterina, puede reducirse con una efectiva y eficaz prevención nutricional, la cual redundará en un mayor ahorro gubernamental, institucional, comunitario y familiar.²⁰

La obesidad es un trastorno del equilibrio energético. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como epidemia mundial ya que existen más de 1 000 millones de adultos con sobrepeso y de estos el 30 % son obesos. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2006 (ENSANUT 2006), encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad para hombres y mujeres de 71,9 % y 66,7 % respectivamente.²¹

Por otra parte, la obesidad es factor de riesgo para enfermedades hepatobiliares, pulmonares, cardiovasculares, articulares, diversos tipos de cáncer, *Diabetes mellitus*, hipertensión arterial sistémica, entre otras. En la actualidad más de 70 % de nuestra población padece sobrepeso y obesidad, por lo que no es de extrañar que las

enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) ocupen hoy en día las primeras causas de mortalidad en nuestro país. ²¹

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, representan un gran problema de salud pública, las cuales están directamente relacionadas al estilo de vida. Por otro lado, existen muchos estudios, que indican que el ejercicio físico puede ser efectivo en la prevención y el tratamiento de esas enfermedades, porque puede minimizar los síntomas de la enfermedad, por ser un método no invasivo que puede influenciar positivamente en la calidad de vida de la persona y ser relativamente sin costo; en consecuencia, la actividad física regular ha sido reconocida por sus efectos saludables en sus practicantes, debido a que los beneficios del aumento de la actividad física son inmensos. El ejercicio y la actividad física son importantes, por los efectos positivos que causan sobre la mejora de la salud, incrementando la capacidad funcional, aumentando los años de vida activa independiente y mejorando la calidad de vida de las personas; lo que lleva a considerar que un aumento en el nivel de actividad parece tener un fuerte impacto positivo en la disminución de la morbilidad y eventualmente en la muerte de la población. ²²

La familia es el grupo natural del ser humano. Es un único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. ²³

La familia es la institución social más antigua. Ha sido objeto de estudio para la Psicología en diferentes campos de actuación, tanto desde el punto de vista educativo como en el ámbito social y clínico. Es un componente de la estructura de la sociedad, como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el período histórico social y cultural en el cual se desarrolle. ²⁴

Diferentes investigadores ofrecen apreciaciones diversas del concepto de familia. El Censo canadiense de la familia la define como: “Esposo y esposa, con o sin hijos o

padre o madre sola con uno o varios hijos que viven bajo el mismo techo”, y la OMS (Organización Mundial de la Salud) como “Miembros del hogar que están emparentados entre sí hasta cierto grado, por sangre adopción o matrimonio”. Otros como el Censo Americano habla de la familia como “Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción que ejercen interacción recíproca porque saben que existen las demás y ellos se consideran una unidad”.²⁴

La salud familiar es considerada un proceso único e irrepetible que se caracteriza por no ser la suma de la salud individual de sus miembros, y por tener un origen multicausal donde intervienen como ya se planteó, elementos socioeconómicos, sociopsicológicos, la propia salud individual de los miembros y el funcionamiento familiar. Todos hay que tenerlos en cuenta para su análisis, por demás, tampoco se puede considerar la salud familiar como un estado estático, sino que está sometido a un proceso de transformación y cambio donde influyen significativamente las crisis o eventos que atraviesa la familia; donde además juegan un papel fundamental para el restablecimiento de su equilibrio, los recursos adaptativos de la familia, su forma de enfrentamiento a los conflictos y al acceso a las redes de apoyo social.²⁴

Como uno de los objetivos prioritarios en salud pública, principalmente en el ámbito de la prevención y promoción de la salud (OMS, 2003) el funcionamiento familiar, entendido como la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas, se relaciona directamente, por ejemplo, con la presencia o control de una patología crónica en uno o varios de sus integrantes.²⁵

Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad crónica como diabetes o hipertensión, la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia. La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo

en la recuperación de la salud. Al contrario, si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de ésta tiende a ser negativa. Esto se demuestra, por ejemplo, en la influencia que ejerce la familia en la mayor o menor adherencia al tratamiento que tiene una persona con alguna de estas enfermedades crónicas.²⁵

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, es frecuente en la consulta médica, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia. La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros).²⁶

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno).²⁶

Continuando con la caracterización que distingue a las dolencias crónicas, De la Cuesta Benjumea (2001) afirma que éstas tienen en común al ser prolongadas, un pronóstico incierto, y en algunos casos, el ser de carácter intermitente o episódico. Quienes las padecen han de aprender a vivir con los síntomas, así como con los efectos secundarios de los procedimientos médicos. Asimismo, en las enfermedades de esta naturaleza, suelen presentarse múltiples enfermedades a la vez, perturbando la vida del paciente y de su familia, siendo muchas veces su manejo complejo y costoso. De

este modo, el impacto lo siente el paciente, la familia y los allegados, estando frecuentemente involucradas en su atención, tanto la familia como diferentes instituciones y redes sociales.²⁷

El adulto con enfermedad crónica, la mayor parte de las veces, dependiente, se encuentra limitado, con modificación en sus hábitos y relaciones, provocando esto gran impacto en aspectos emocionales, sociales, psicológicos, económicos y familiares. Así, describe cómo las enfermedades crónicas generan incertidumbre para los pacientes y cuidadores, convirtiéndose esto en un problema familiar más que individual, donde cada uno de los miembros, y la familia como un todo, vive una serie de cambios impredecibles a lo largo de la experiencia. Estas enfermedades, por la persistencia y la tendencia al agravamiento con el transcurrir del tiempo, requieren de largos períodos de cuidados, tratamiento paliativo y de control, terminando finalmente las mencionadas alteraciones por cambiar el estilo de vida. Resulta evidente de este modo, que a medida que la enfermedad avanza, las relaciones familiares van a ir cambiando, a la par que aumenta la carga del cuidado y las complicaciones en el manejo de la enfermedad. A este respecto, se concluye que cuidar a una persona en situación de enfermedad crónica generará cambios profundos en las vidas de los implicados y producirá sentimientos de impotencia frente a dichas tareas de cuidado.

27

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general. Dentro de los instrumentos más usados tenemos al: APGAR familiar; que muestra cómo perciben

los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global; es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. ²⁸

Es un instrumento de origen reciente, siendo diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien 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. Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia APGAR, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación. ²⁸

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. ²⁸

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos: ²⁸

- Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba componentes predominantemente psicosociales de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos.
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

APGAR FAMILIAR	Casi nunca	A veces	Casi siempre
	1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Funcional: 7 - 10 puntos

Disfuncional: 0 – 6 puntos

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en todo el mundo, alteran significativamente la calidad de vida, son la causa de alrededor del 60% de las muertes, de las cuales el 80% ocurren en países de bajos y medianos ingresos. No podemos continuar rezagados en nuestros planes y proyectos ni ignorar las cifras significativas de cambio anuales en esta población, como las que anuncian que entre 2010 y 2020 aumentará 2 millones de personas adicionales y para 2025 se espera que alcance 194 millones en si no se realizan acciones efectivas para su prevención y tratamiento.

Debido a su evolución pueden ser de múltiples visitas al médico e incluso de hospitalizaciones continuas, ocasionando a las instituciones de salud el incremento en los costos por la atención ya sea de urgencia, días de estancia y hospitalización, así como afectación en el gasto económico a nivel familiar. Estas situaciones ocasionan serios cambios en la vida diaria de la familia con importantes repercusiones en el funcionamiento familiar. Estas enfermedades requieren constante atención por parte del paciente, la familia y el personal de salud; 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. Los aspectos psicológicos son de vital importancia en el curso de la enfermedad, afecta la adherencia al tratamiento y un deterioro en la calidad de vida. La familia es decisiva en el control de la enfermedad, ya que la disfunción de la misma promueve el mal apego al tratamiento y por lo tanto el descontrol de las mismas.

De acuerdo a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónico degenerativas adscritos a la UMF N°17?

3.- JUSTIFICACIÓN.

Durante la consulta diaria en el área de medicina familiar y durante la atención de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, pocas veces se muestra interés en el aspecto emocional del mismo, lo que puede originar alteraciones en el entorno familiar.

El aspecto psicológico es parte fundamental en el ciclo vital familiar, ya que al alterarse la homeostasis se pierde el equilibrio, lo que incrementa el descontrol metabólico en estos pacientes.

Esto condiciona que el entorno familiar negativo aumenta la morbilidad y la mortalidad en pacientes con estas patologías.

Por tal motivo las enfermedades crónicas en adultos y adultos mayores pueden tener como detonante la alteración emocional, el cual está relacionado con una disfunción familiar, por lo que es necesario investigar en las familias como parte del abordaje integral.

En la UMF N°17 de la Unidad Gro., el descontrol de estos pacientes ha incrementado, por lo que este estudio servirá para demostrar la relación que existe en padecimientos como la Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades Reumáticas, con la alteración de la funcionalidad familiar.

A los pacientes, así como a sus familias, se les informa cómo repercute en la mortalidad de las enfermedades crónico-degenerativas, a los médicos familiares como apoyo educativo, así como intervenir y orientar sobre la disfunción familiar, lo que favorece la disminución de costos por tratamientos, así como reducir las horas de estancia en el servicio de urgencias y hospitalizaciones. Por lo tanto, se realizará promoción a la salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

4.- OBJETIVO.

Objetivo General:

Se Identificó la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónico degenerativas adscritos a la UMF N°17.

4.1 Objetivo Específicos:

- a) Se Conoció la funcionalidad en la familia de pacientes que cursan con enfermedades crónicas degenerativas en la Unidad de Medicina Familiar N°17. Se determinó los factores relacionados a la funcionalidad familiar de pacientes adultos con enfermedades crónicas degenerativas en la Unidad de medicina familiar N°17 como escolaridad, nivel socioeconómico, niveles de control y tratamiento implementado.

5. HIPOTESIS

La disfunción familiar incrementó la recurrencia de las enfermedades crónico degenerativas en un 15%.

6.- METODOLOGÍA.

6.1 Tipo de estudio:

Estudio transversal analítico.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanco fueron los pacientes de 45 o más años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 17 de la Unión Guerrero. El estudio se realizó de Noviembre de 2015 a Febrero de 2016.

6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando 176 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°17.

Total de la población (N)	558
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
Tamaño muestral (N)	149
El tamaño muestral ajustado a pérdidas	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
Muestra ajustada a las pérdidas	176

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a) Adultos, del género masculino y femenino
- b) Pacientes con diagnóstico de una enfermedad crónico degenerativa

Criterios de exclusión:

- a) Qué cursaron con algún trastorno psicológico o psiquiátrico.
- b) Qué no tuvieron vigencia durante el periodo de estudio.

Criterios de eliminación:

- a) Los que respondieron de manera incompleta el cuestionario.
- b) Seleccionaron más de una opción en una pregunta.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variables dependientes: La funcionalidad familiar.

Variables independientes: Edad, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, si cursó o no con enfermedad crónica degenerativa, nivel de control de sus enfermedades.

Descripción de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Funcionali-dad familiar.	Una familia funcional es aquella que cumple con las funciones que permiten un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresando una mejor atención de problemas relacionales y de dinámica familiar en sus diferentes áreas según sus interacciones personales.	Mediante el método del Apgar familiar que consta de 5 preguntas incluidas en aspectos del funcionamiento familiar, como son adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. El resultado obtenido se suma y se obtiene las puntuaciones siguientes: de 7 a 10 familia funcional y de 0 a 6 familia disfuncional.	Cualitativa.	1.-Familia funcional 2.-Familia disfuncional
Estado civil:	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos en que sea su pariente, constituyéndose con ello una institución de familia adquiriendo derechos y deberes al respecto	Mediante interrogatorio directo.	Cualitativa.	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Viudo 4.- Unión libre 5.- Separado

Edad:	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Se interrogó los pacientes y a los familiares con respecto a su entorno familiar.	Cuantitati-va.	1.- 45 a 55 años 2.- 56 a 65 años 3.- 66 años o más
Sexo:	Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo.	Al que respondan en la hoja de identificación de datos.	Cualitativa.	1.- Femenino 2.- Masculino
Escolaridad:	Años de estudio en la educación formal.	Por interrogatorio directo.	Cualitativa.	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Licenciatura
Enfermedades crónicas degenerativas	Son enfermedades crónicas porque acompañarán al paciente toda su vida. Y son degenerativas la salud	Por interrogatorio directo.	Cualitativa.	1.- Si 2.- No
Nivel socioeconómico	Es un atributo del hogar compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinarlo se estudiaron distintas actividades de trabajo del jefe del hogar.	Se obtuvo por el método de Graffar.	Cualitati-va.	1.- Medio bajo 2.- Obrero 3.- Marginal
Diabetes mellitus	Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.	Interrogatorio directo	Cualitativa	1.- SI 2.- No

Hipertensión arterial	Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayor o igual a 140/90 mmHg	Interrogatorio directo	Cualitativa	1.- Si 2.- No
Artritis reumatoide	Enfermedad inflamatoria crónica autoinmune y sistémica de etiología desconocida, su principal órgano blanco es la membrana sinovial, se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica.	Interrogatorio directo	Cualitativa	1.- Si 2.- No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Es uno de los problemas de salud pública relevante por su impacto en la mortalidad, discapacidad y calidad de vida.	Interrogatorio directo	Cualitativa	1.- Si 2.- No

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del comité de salud. Se realizó un estudio en 176 pacientes adultos de 45 o más años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°17 de la Unión Guerrero de noviembre a diciembre de 2015. Se les proporcionó una carta de consentimiento informado. Se aplicó una encuesta previamente validada por consenso de expertos (Medico Familiar, Médico internista)

En todos ellos se identificó la funcionalidad familiar mediante Apgar familiar, que consta de 5 preguntas en las que incluyó la adaptación, participación, crecimiento, efecto y resolución en el ámbito familiar.

También se aplicó el método de Graffar para evaluar el nivel socioeconómico de la

familia.

Una vez contestados los cuestionarios se capturaron en una hoja de control y recolección de datos, donde se anotaron los datos de identificación y los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados para su análisis estadístico.

6.7 Método de recolección de datos:

Se aplicó mediante un método ocasional con técnica de interrogatorio directo a través de un cuestionario.

6.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación, la enfermedad crónica del paciente y los resultados de la evaluación de la funcionalidad familiar en pacientes con estos padecimientos.

6.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis estadístico descriptivo obteniendo frecuencias simples y porcentajes.

6.10 Consideraciones éticas.

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Se solicitó consentimiento informado a los pacientes con y sin enfermedades crónico degenerativas que desearon participar, se les informó el objetivo del estudio y se brindó confidencialidad de los resultados.

6.11 Presupuesto y financiamiento.

Humanos:

- Investigador.
- Asesor de tema.
- Asesor metodológico.

Materiales y físicos:

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Una computadora portátil. | \$ 9,000 pesos |
| • Uso de computadora | \$ 380 pesos |
| • Una impresora. | \$ 1,000 pesos |
| • Horas de internet | \$ 500 pesos |
| • Mil hojas blancas. | \$ 125 pesos |
| • 15 lápices. | \$ 80 pesos |
| • 7 lapiceros. | \$ 80 pesos |
| • USB. | \$ 300 pesos |

Financiamiento:

- | | |
|----------------------------|----------------|
| • Salario del investigador | \$ 3,500 pesos |
|----------------------------|----------------|

TOTAL **\$11.465 pesos**

7.- RESULTADOS.

De la población estudiada, prevaleció el sexo femenino con 95 (53.97%) sobre el masculino 81 (46.02%).

En la disfuncionalidad familiar, el sexo femenino predominó con $n=38$ (21.59%) sobre el masculino con $n=20$ (11.36%), pero destaca el sexo masculino en la funcionalidad familiar con $n=61$ (34.66%) y el femenino $n=57$ (32.39%).

De acuerdo a la edad prevaleció el grupo de 45 a 55 años, $n=71$ (40.34%), seguido de 65 y más años, $n=56$ (31.81%) y al final los de 56 a 64 años, $n=49$ (27.84%).

En cuanto al estado civil de la pareja predominaron los casados, $n=135$ (76.70%), viudo $n=23$ (13.06), unión libre y separados con el mismo número de pacientes y porcentaje, los cuales se reportan con los siguientes resultados $n=7$ (3.97%); y solteros $n=4$ (2.27%).

La escolaridad en la cual la analfabeta predominó con un total de $n=90$ (51.13%), primaria $n=49$ (27.84), sabe leer y escribir en tercer lugar $n=15$ (8.52%), en cuarto lugar secundaria con un total de $n=13$ (7.38%), quinto lugar bachillerato $n=6$ (3.40%) y en último lugar licenciatura $n=3$ (1.70%).

El nivel socioeconómico que destacó fue el marginal $n=132$ (75%), después el obrero $n=41$ (23.29%) y finalmente el medio bajo $n=3$ (1.70%).

En lo referente a enfermedades crónico-degenerativas, con respecto a la diabetes $n=142$ (80.68%) manifestaron no padecerla y $n=34$ (19.31%) confirmaron padecerla.

La hipertensión la padecen 65 (36.31%) y $n=111$ (63.06%) no la padecen.

La artritis $n=166$ (94.31%) no tienen este problema y aquellos que la presentaron $n=10$ (5.68%); EPOC $n=174$ (98.86%) no la padecen y los que sí $n=2$ (1.14%).

En cuanto a los que presentaron enfermedad crónica de la población total estudiada, en general arrojaron un resultado de n=89 (50.57%), estos predominaron sobre aquellos que no tenían padecimiento alguno n=87 (49.43%) ^{Cuadro}

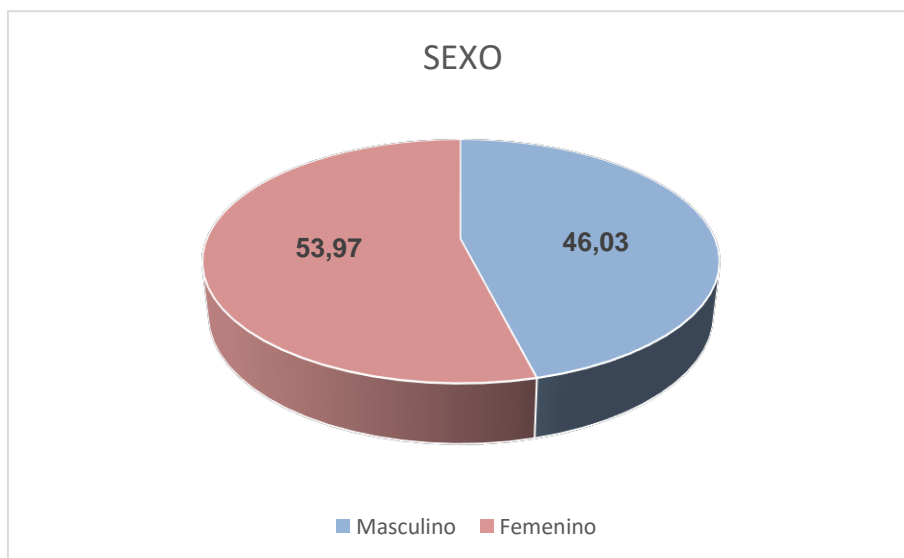
Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población estudiada en relación con la funcionalidad familiar

Variable	n	%	n	%
Sexo	Funcional		Disfuncional	
Femenino	57	32.39	38	21.59
Masculino	61	34.66	20	11.36
Edad				
45 – 55	44	25	27	15.34
56 – 65	33	18.75	16	9.09
66 y más	41	23.30	15	8.52
Estado civil				
Soltero	3	1.70	1	0.57
Casado	102	57.95	33	18.75
Viudo	8	4.56	15	8.52
Unión libre	4	2.27	3	1.70
Separado	1	0.57	6	3.41
Escolaridad				
Analfabeta	64	36.36	26	14.77
Sabe leer y escribir	8	4.54	7	3.98
Primaria	33	18.75	16	9.09
Secundaria	10	5.69	3	1.70
Bachillerato	1	0.57	5	2.84
Licenciatura	2	1.14	1	0.57
Novel socioeconómico				
Medio bajo	2	1.14	1	0.57
Obrero	27	15.34	14	7.95
Marginal	89	50.57	43	24.43
Enfermedad crónica				

Si	52	29.55	37	21.02
No	66	37.5	21	11.93
Diabetes				
Si	20	11.36	14	7.95
No	98	55.78	44	25
Hipertensión				
Si	39	22.16	26	14.77
No	79	44.89	32	18.18
Artritis				
Si	8	4.54	2	1.14
No	110	62.5	56	31.82
EPOC				
Si	1	0.57	1	0.57
No	117	66.47	57	32.39

Fuente: Encuesta estructurada.

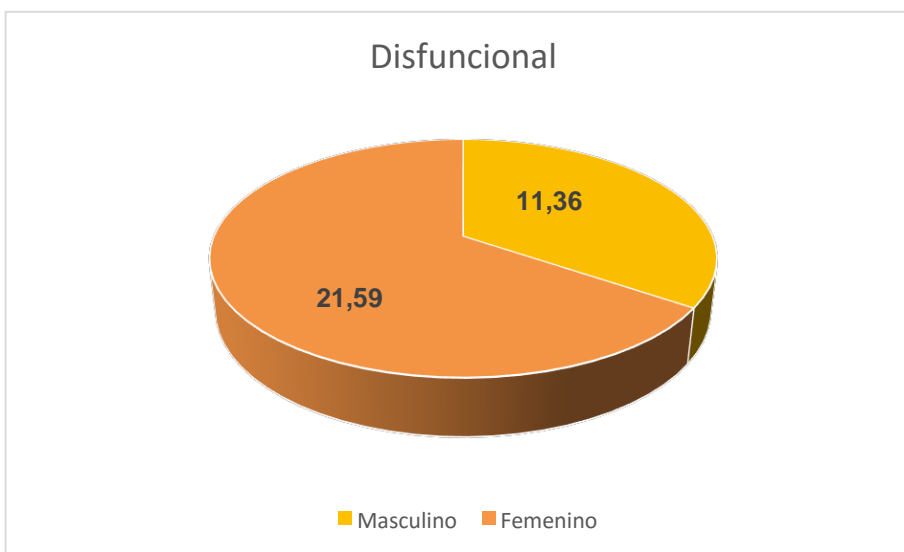
Gráfico 1.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que el sexo predominante según los resultados es el femenino con el 53.97% sobre el masculino con el 46.03%.

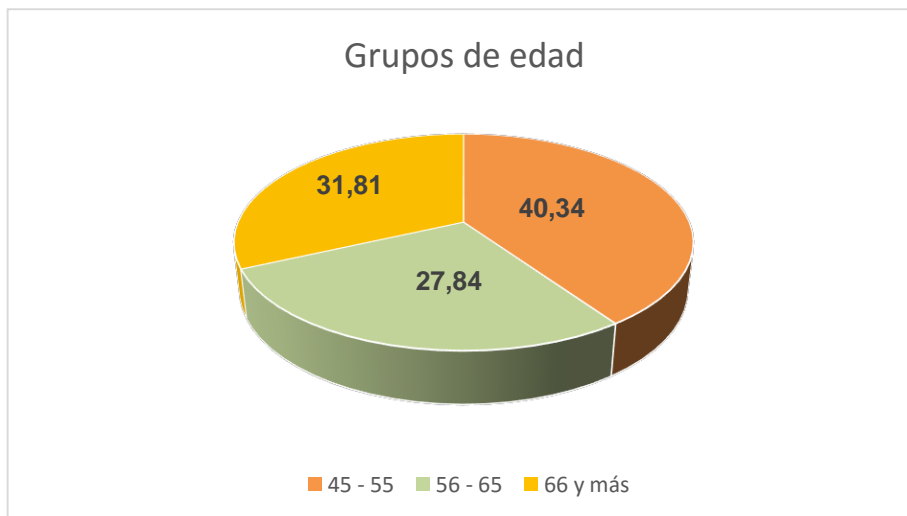
Gráfico 2.



Fuente: Encuesta estructurada.

El sexo en relación con la disfuncionalidad familiar en relación con las enfermedades crónicas degenerativas, resultó mayor en el sexo femenino que en el masculino.

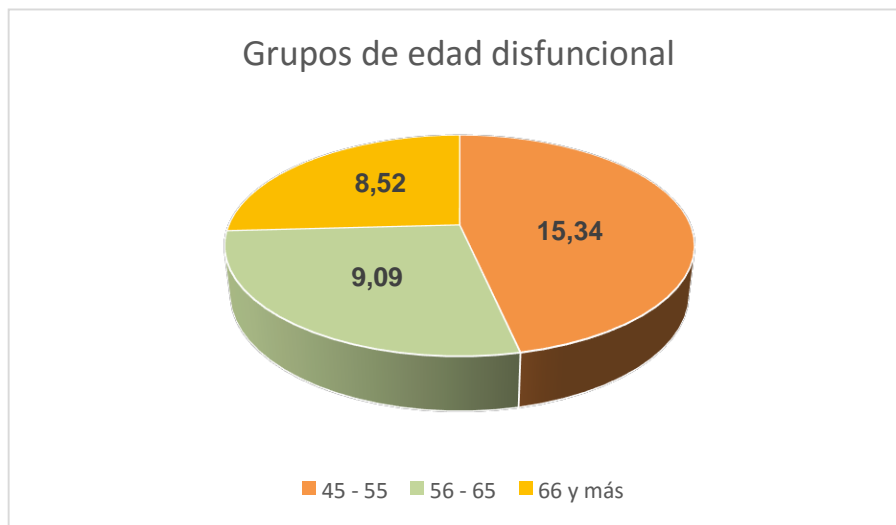
Gráfico 3.



Fuente: Encuesta estructurada.

El grupo de edad predominante es el de 45 a 55 años con el 40.34%, le sigue el grupo de 66 y más con el 31.81% y al final de 56 a 65 años con el 27.84%

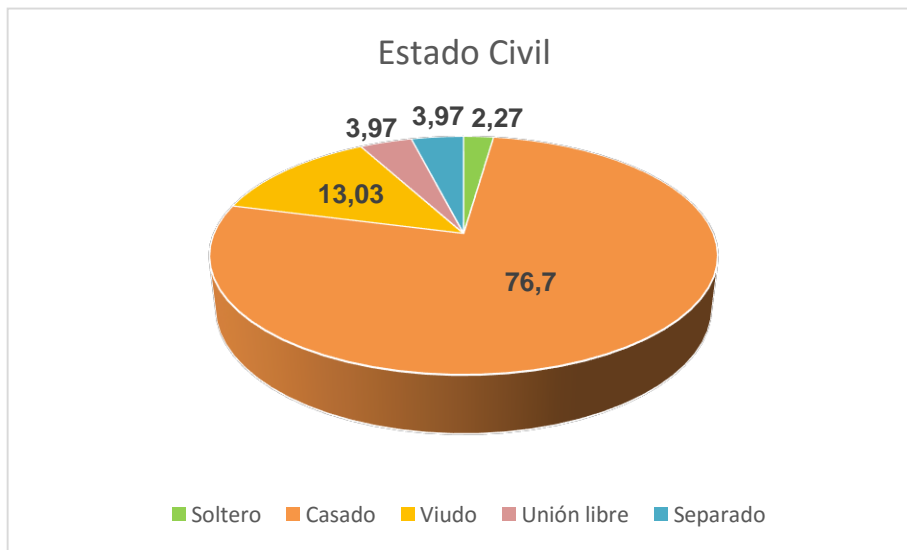
Gráfico 4.



Fuente: Encuesta estructurada.

La disfuncionalidad familiar por grupos de edad, el de 45 a 55 años predominó con el 15.34%, le sigue el grupo de 56 a 65 años con el 9.09% y al final de 66 años con el 8.52%.

Gráfico 5.



Fuente: Encuesta estructurada.

En el estado civil son predominantes los casados con el 76.7%, seguidos por los viudos con el 13.06, los de unión libre y separados con el 3.97% y los solteros el 2.27%.

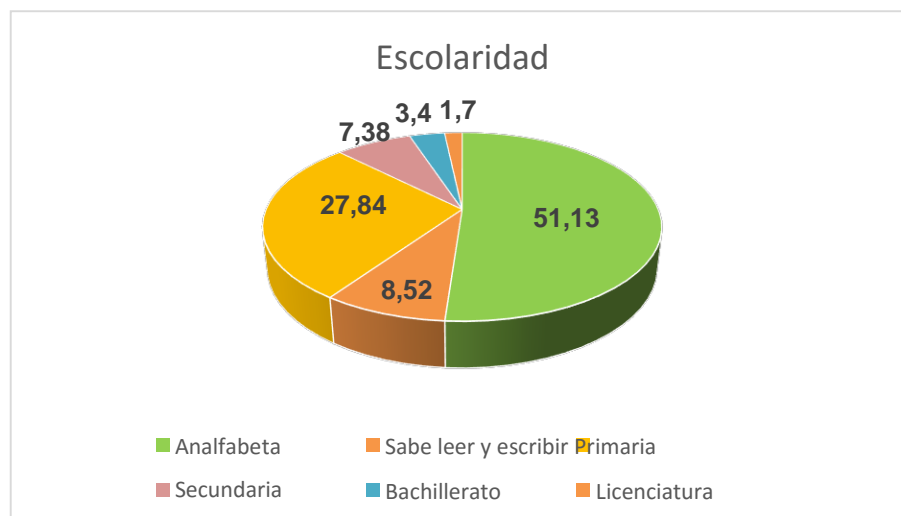
Gráfico 6.



Fuente: Encuesta estructurada.

En el estado civil la disfuncionalidad familiar predominante en los casados con el 18.75%, seguidos por los viudos con el 8.52, los separados con el 3.41%, los de unión libre con el 1.70% y los solteros el 0.56%.

Gráfico 7.



Fuente: Encuesta estructurada.

La escolaridad se manifestó: el 51.13% son analfabetas, el 8.52% saben leer y escribir, el 27.84% cuentan con la educación primaria, el 7.38% tiene la secundaria, el 3.40% estudió el bachillerato y el 1.70% una licenciatura profesional.

Gráfico 8.



Fuente: Encuesta estructurada.

La disfuncionalidad familiar en la escolaridad se manifestó: el 14.77% son analfabetas, el 3.97% saben leer y escribir, el 9.09% cuentan con la educación primaria, el 1.70% tiene la secundaria, el 2.84% estudió el bachillerato y el 0.56% una licenciatura profesional.

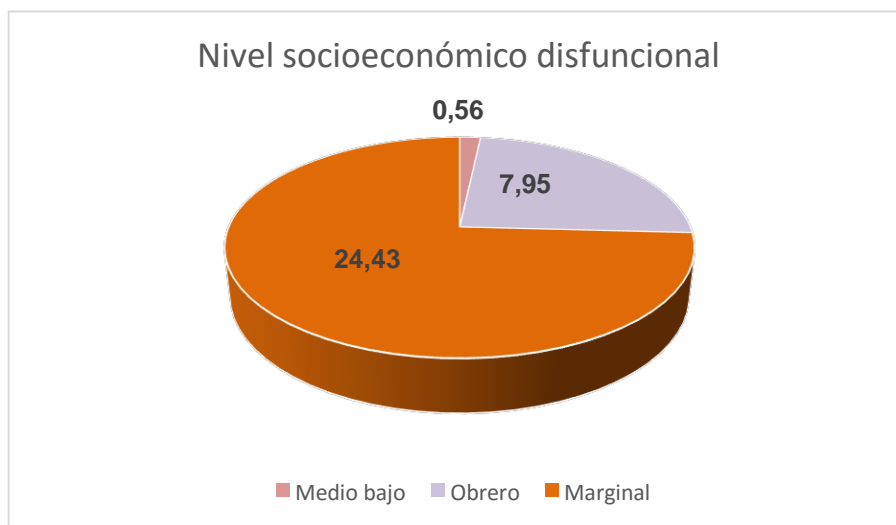
Gráfico 9.



Fuente: Encuesta estructurada.

El nivel socioeconómico predominante es el marginal con el 75.00%, le sigue el obrero con el 23.29% y al final el medio bajo con el 1.7%

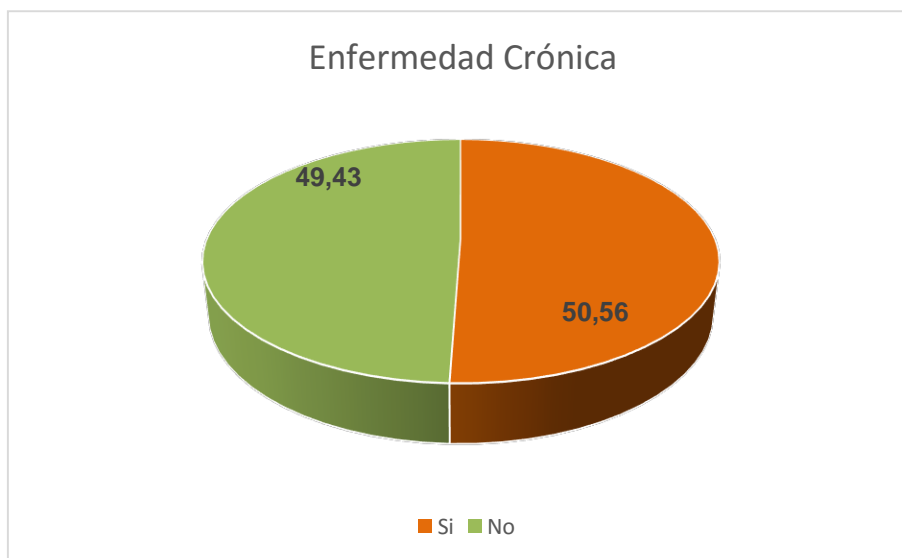
Gráfico 10.



Fuente: Encuesta estructurada.

En el nivel socioeconómico la disfuncionalidad familiar predominante es la marginal con el 24.43%, le sigue el obrero con el 7.95% y al final el medio bajo con el 0.56%

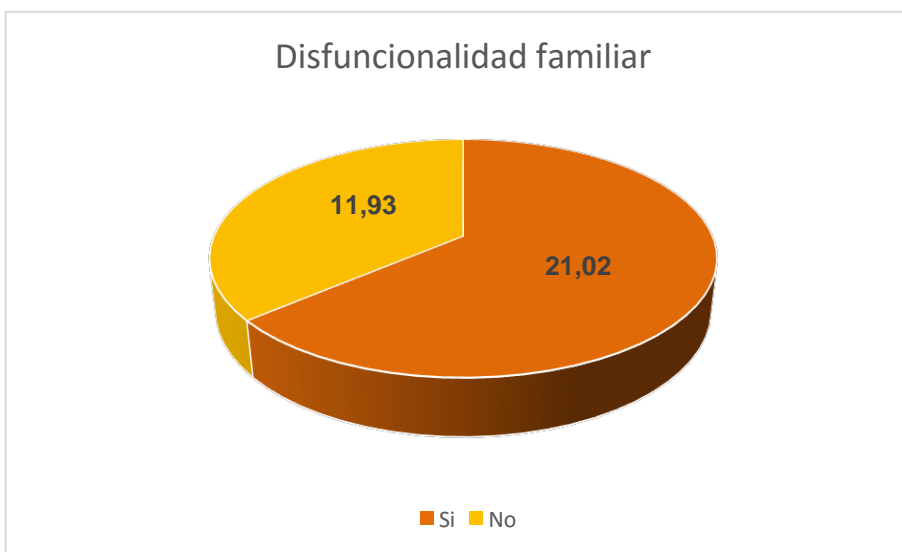
Gráfico 11.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que el 50.56% padecen alguna enfermedad crónica y el 49.43% no padece ninguna de ellas.

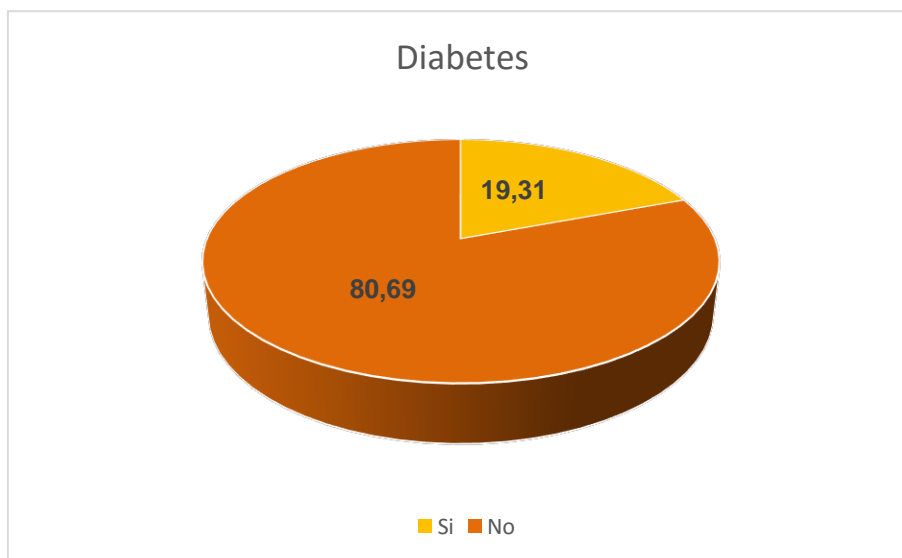
Gráfico 12.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que la disfuncionalidad familiar sobre la enfermedad crónica, el 21.02% si la presentaron y el 11.93% no la presentó.

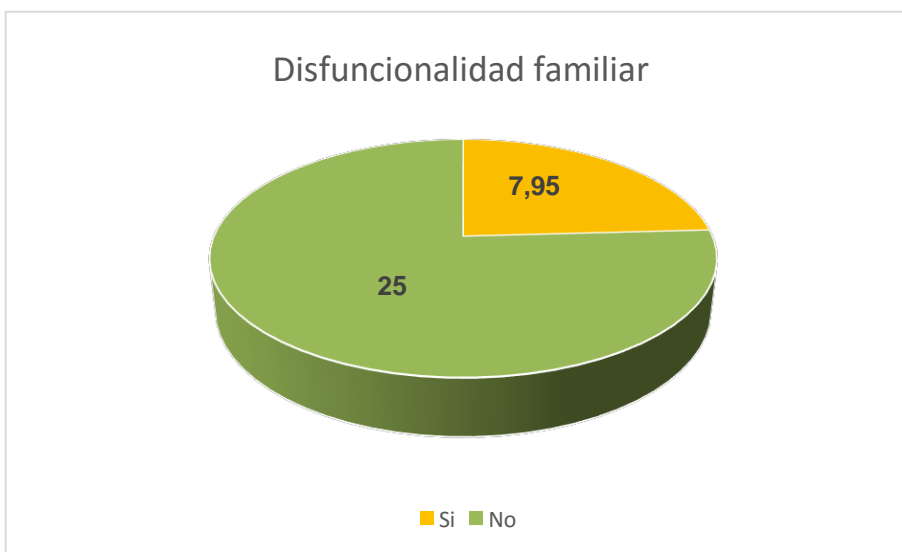
Gráfico 11.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que el 19.31% padecen diabetes y el 80.69% no tiene este padecimiento.

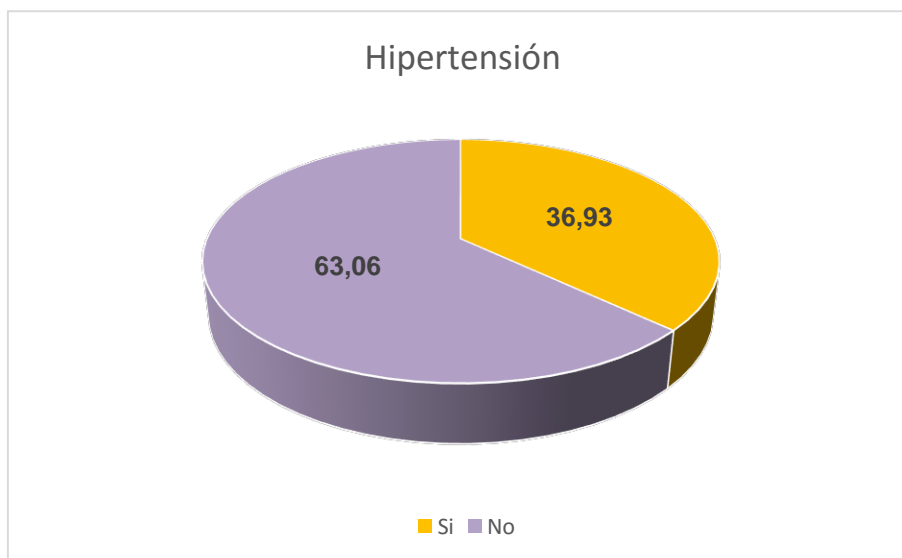
Gráfico 12.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que la disfuncionalidad familiar sobre la diabetes, el 7.95% si la presentaron y el 25.0% no la presentó.

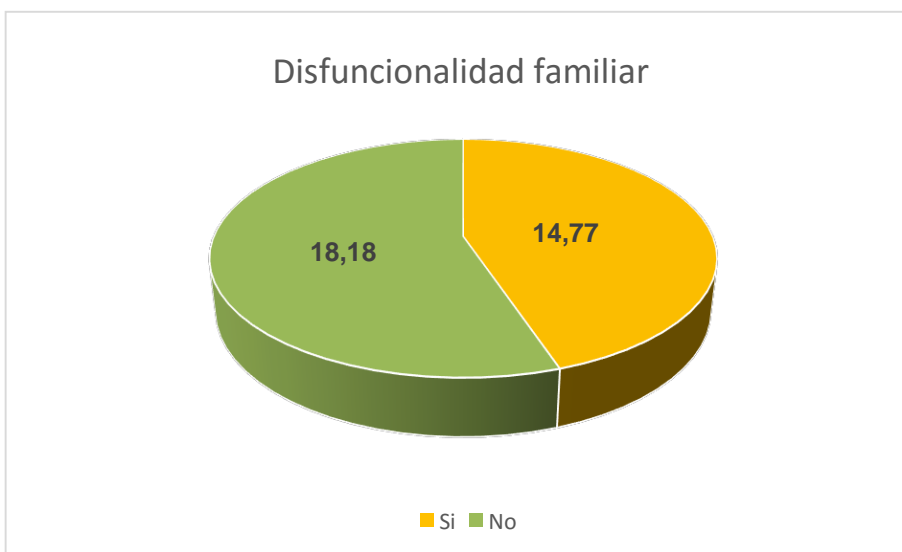
Gráfico 13.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que el 36.93% padecen hipertensión y el 63.06% no tienen este padecimiento.

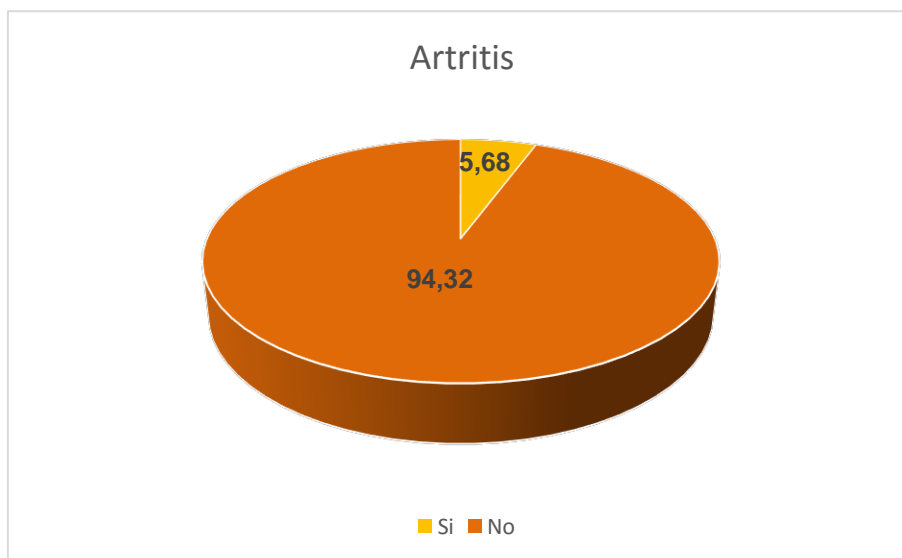
Gráfico 14.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que la disfuncionalidad familiar sobre la hipertensión, el 14.77% si la presentaron y el 18.18% no la presentó.

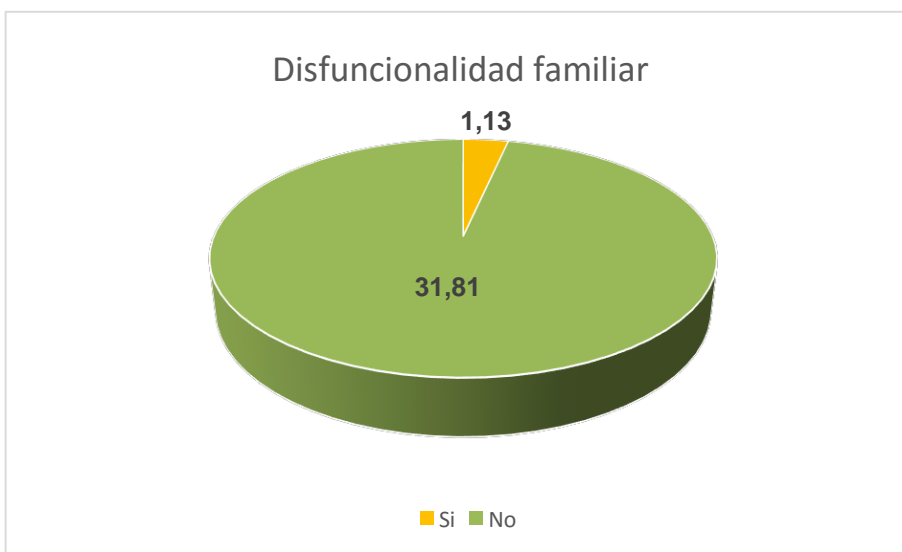
Gráfico 15.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que el 5.68% padecen Artritis y el 94.32% no tiene esta patología.

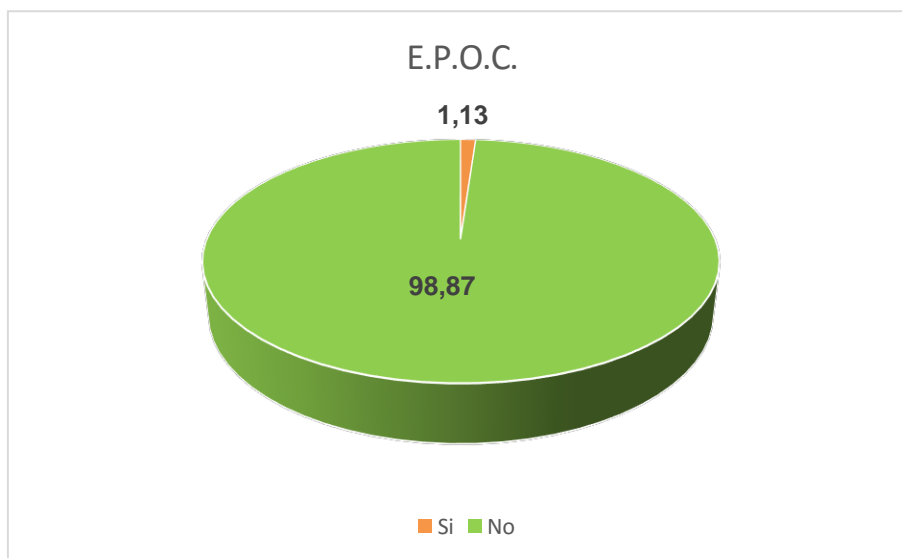
Gráfico 16.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que la disfuncionalidad familiar sobre la Artritis, el 1.13% si la presentaron y el 31.81% no la presentó.

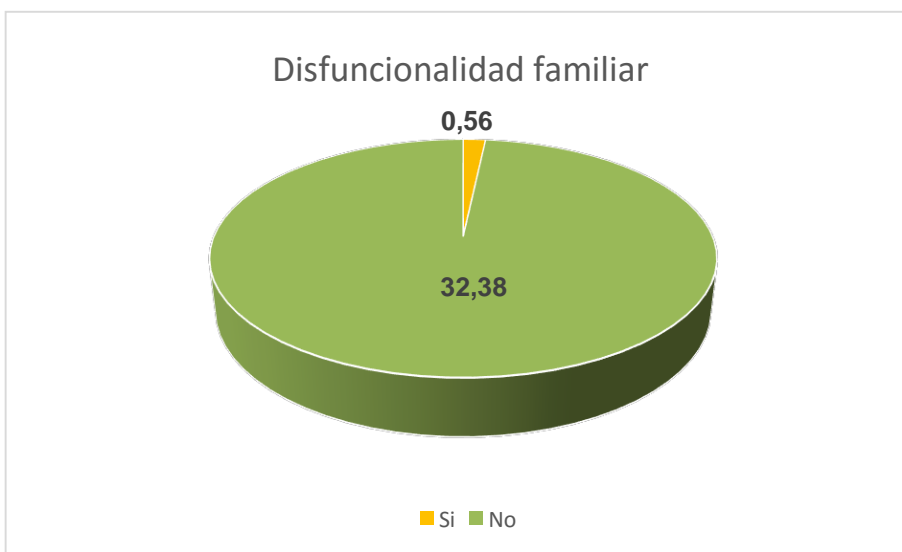
Gráfico 17.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que el 1.13% padecen E.P.O.C. y el 98.87% no tiene esta patología.

Gráfico 18.



Fuente: Encuesta estructurada.

El gráfico nos muestra que la disfuncionalidad familiar sobre la Artritis, el 0.56% si la presentaron y el 32.38% no la presentaron.

En relación a la funcionalidad familiar en las enfermedades crónicas, en el Estado Civil, predominaron los casados, con resultados P: 0.000 significativo, en las Enfermedades Crónicas sobresalieron los pacientes que sí tenían patologías, resultado P: 0.014, en el Sexo, el grupo más numeroso fue el de las mujeres, con relevancia en P: 0.03. Aquellos que no fueron significativos en su relación para este estudio, fueron Hipertensión con un P: 0.12, Edad, P: 0.24, Diabetes con P: 0.25, Artritis con P: 0.37, Escolaridad con P: 0.39, EPOC con P: 0.60 y, en último lugar, el Nivel Socioeconómico con un indicio de P: 0.85

Cuadro 12. La Funcionalidad Familiar y Los Factores Asociados

Variable		OR	IC 95%	P
Peor condición	Mejor condición			
Estado civil de la Pareja				
Sin pareja	con pareja	5.40	2.27 -12.9	0.000
Enfermedad crónica				
Sí	No	1.24	1.12 – 4.5	0.014
Sexo				
Femenino	Masculino	0.49	0.24 – 1.36	0.03
Hipertensión				
Sí	No	1.65	0.82 – 3.30	0.12
Edad				
45-55	56 y más	0.68	0.34 – 1.36	0.24
Diabetes				
Sí	No	1.56	0.67 – 3.60	0.25
Artritis				
Sí	No	0.49	0.07 – 2.62	0.37
Escolaridad				
Analfabeta	Primaria Secundaria Licenciatura	0.67	0.25 – 1.85	0.39
EPOC				
Sí	No	2.05	0.0 – 76.6	0.60
Nivel Socioeconómico				
Marginal	Obrero Medio, Bajo	0.93	0.43 – 2.05	0.85

8.- DISCUSIÓN

Este estudio es de tipo transversal analítico realizado en la Unidad de Medicina Familiar N° 17 de la Unión Guerrero, con una muestra de 176 pacientes, de los cuales el 53.97% son del sexo femenino y el 46.02% del sexo masculino; así mismo el 67% presentaron corresponden a familias funcionales y el 32.95% a disfuncionales para con las enfermedades cronicodegenerativas.

El grupo de edad con mayor número de pacientes es el de 45 a 54 años con el 40.04%, seguido por el grupo de 66 y más años con el 31.81% y el grupo de 56 a 65 años con el 27.84%; el 32.95% de los pacientes presentaron disfuncionalidad familiar para con las enfermedades cronicodegenerativas.

Los casados prevalecen entre los pacientes muestra con el 76.70% y el 23.29% son los que se encuentran solteros, viudos, en unión libre y separados, manifestándose mayormente los pacientes unidos legalmente.

La población analfabeta predomina en los pacientes investigados con el 51.13% y al 46.86% saben leer y escribir, estudiaron la primaria, secundaria, el bachillerato y un mínimo porcentaje una licenciatura. Observamos que el índice de analfabetismo es considerablemente alto en esta población.

El nivel socioeconómico que prevalece es el marginal con el 75% de los pacientes participantes en esta investigación y el 25% son obreros y del nivel medio bajo, lo que nos demuestra que tenemos un nivel socioeconómico muy bajo en esta región del estado de Guerrero.

De la población muestra el 32.95% corresponden a familias disfuncionales con respecto a las enfermedades cronicodegenerativas, quienes manifiestan padecer alguna de estas.

Con referencia a la diabetes, el 19.88% presentan este padecimiento, de los cuales el 11.36% son de familias funcionales y el 7.95% son de familias disfuncionales con respecto a este padecimiento. En un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Querétaro, en un total de 140 pacientes con o sin diabetes tipo 2, en el año 2013. La edad en pacientes diabéticos tuvo una media de 56.2 ± 9.5 y en los no diabéticos de 49.6 ± 11.3 , el género que predominó en ambos grupos fue el femenino en un 54.3 y 64.3% respectivamente, el grado de escolaridad más frecuente fue la primaria con un 42.9% y el de secundaria con un 35.7%, en el estado civil los casados en un 72.9% y 6.4% en ambos, el resultado del test de APGAR, fue de disfunción familiar moderada en un 35.7% del grupo 1, y en el grupo 2, una funcionalidad familiar buena de un 54.3%. En comparación con nuestro estudio, van de la mano en relación con el género, en cuanto a la escolaridad, predominó la escolaridad analfabeta con un total de 90 pacientes y un porcentaje de 51.13%, en segundo lugar, fue la primaria con un total de 49 pacientes con un porcentaje de 29.84%, teniendo 36 pacientes más del total del estudio comparado.

La hipertensión la presenta el 36.93% de los pacientes muestra, el 22.15% son de familias funcionales y el 14.77% de familias disfuncionales con respecto a esta patología. En un estudio transversal realizado en Lima, Perú, en 100 pacientes diabéticos e hipertensos, relacionados con la funcionalidad familiar y automanejo de pacientes que influyeron en la calidad de vida de los mismos, cuyos resultados evidencian que la mayoría de pacientes pertenecía al género femenino (54%), cuyas edades fluctúan entre 30-59 (46%) y 60-80 (54%), con mayor cantidad de personas con estudios secundarios (47%) y cuyo tiempo de vida oscilaba predominantemente entre 6-10 años (52%). En este estudio se demostró que el paciente que precede de una familia disfuncional presentó un manejo inadecuado (55.6%); a su vez, en pacientes con familias moderadamente disfuncionales al automanejo fue regular (76.8%) y, en al caso de pacientes con familias normofuncionales predominó el automanejo adecuado (77.1%). Con relación a nuestro estudio predominaron las familias funcionales, con un total de 118 pacientes sobre los disfuncionales que fueron

58. En relación con el sexo, predominó el femenino con un total de 95 pacientes con un porcentaje 53.98, casi el mismo porcentaje con el estudio comparado.

Los pacientes que padecen de artritis corresponden al 5.68%, de los cuales el 4.54% corresponden a familias funcionales y el 1.13% a familias disfuncionales con referencia a este problema de salud. En Medellín, Colombia en el año 2014, con respecto a la artritis reumatoide y la calidad de vida de estos pacientes, se realizó un estudio transversal de 112 pacientes, de los cuales 97 pacientes eran del sexo femenino y 15 del sexo masculino, 61 eran casados, 27 solteros y 24 separados o viudos, 3 sin escolaridad, 39 con primaria y 34 con secundaria, con estrato socioeconómico 12 marginal, 45 bajo, 38 medio bajo y 4 alto. Hubo poca similitud con este estudio ya que solamente resultaron 10 pacientes con esta patología, pero si tomamos en cuenta los pacientes estudiados, en total 176, 95 son mujeres y 81 son hombres, en el estado civil fueron 135 pacientes, con predominio los casados, solteros 4 y separados 7, con un aumento significativo en la escolaridad analfabeta con 90 pacientes.

El problema de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se manifiesta en el 1.13% de los pacientes y el 0.56% corresponden a familias funcionales y disfuncionales respectivamente con respecto a este padecimiento. Otro estudio realizado en España en el año 2013 con respecto a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica su morbilidad y su impacto sanitario, demostró que esta patología es más frecuente en hombre que en mujeres. La prevalencia de la EPOC en la población general se estima en torno al 1%, y crece hasta el 8-10% en los adultos mayores de 40 años, de los que más de un 70% permanece sin diagnosticar, especialmente entre las mujeres, más aún si asocian hiperreactividad bronquial. En relación con nuestro estudio no tuvo ninguna comparación, ya que aquí sólo fueron 2 pacientes con esta patología con un porcentaje de 1.14%, el resto 174 pacientes sin esta enfermedad.

9.- CONCLUSIONES

En las enfermedades cronicodegenerativas pertenecer al grupo en referencia al estado civil: divorciados, viudos, separados y solteros, resultaron con una mayor disfunción familiar en relación con estos padecimientos debido a que se encuentran solos o sin pareja.

En los diferentes estudios realizados y en el nuestro, predominó el género femenino, con el estado civil de casados aumentando su prevalencia para una buena funcionalidad familiar, con una (P 0.03) y de (P 0.000), siendo significativo y relevante para este estudio.

Las enfermedades cronicodegenerativas más frecuentes fueron la diabetes y la hipertensión con una prevalencia de 19.31% por ciento. Este resultado es similar al encontrado por Black y colaboradores, Perk y colaboradores, y Markides y colaboradores. En el análisis multivariado y el sub análisis, en los que se incluyen a los pacientes con cognición completa, se obtuvo una asociación estadística del 11.36% con la dependencia funcional. Sin embargo, se ha descrito que la diabetes y la hipertensión pueden asociarse con otras condiciones que conllevan el deterioro funcional; por ejemplo, la diabetes y la hipertensión se han asociado con deterioro cognitivo, aunque existe un estudio que señala lo contrario. Además, se ha asociado con la enfermedad cardíaca y depresión.

10.- RECOMENDACIONES

- En caso de algún problema familiar como son el divorcio, separación o viudez, derivar al paciente a terapia psicológica para tratar el problema de fondo.
- Realizar estudios clínicos de forma periódica para verificar si lleva un buen apego a tratamiento
- Citar al paciente de forma mensual para su revisión y control.
- Enviar de forma anual a las diferentes especialidades de acuerdo al padecimiento o patología que padezca.
- Realizar visita domiciliaria para evaluar a la familia y su entorno, incluyendo al mismo paciente como lo refiere la medicina familiar.

11.- REFERENCIAS

1. Ledon Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev. Cub Sal Pub 2011;37(4):1-11
2. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2011. Fecha de consulta: 25 agosto 2015. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/.
3. Orozco Gómez A.M, Castiblanco Orozco L. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Colomb de psicol 2015; 24 (1): 1-62
4. Soria Trujano R, Ávila López D. I, Vega Valero Z, Nava Quiroz C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Alternativas en psicología, México 2012; 16 (26): 1-11
5. Abdo Francis J. M, Serralde Zuñiga A. E, Bernal Sahagún F, Pérez Hernández J. L, Amancio Chassin O. Principales casusas de mortalidad registradas en los certificados de defunción en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" Rev Med Hosp Gen Mex. 2012;75:129-31
6. Malagá G. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. Revista peruana de medicina experimental y salud pública 2014; 31 (1): 1-7
7. Pérez Martínez V.T. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. Revista Cubana de Medicina Integral 2010; 26 (2): 1-13
8. A. Sánchez Oscar, M. Támara L, Muñoz P. L. E, Fontanilla D. G. A, P. Rojas A, E. Arandia C, Col. Reflexiones forenses acerca de la diabetes mellitus. Medicina de Bogotá 2015; 37 (2): 164-175
9. Domínguez Alonso E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. Revista Cubana de Endocrinología 2013; 24 (2): 1-16
10. Moreno Altamirano L, García García JJ, Soto Estrada G, Capraro S, Limón Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales y asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. Revista Médica del Hospital General de México 2014; 77 (3): 1-13

11. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala 2011; 17 (2): 1-12
12. Pérez Caballero M, León Álvarez JL, Fernández Arias MA. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Revista Cubana de Medicina 2011; 50 (3): 42-51
13. Bell Santos H. Hipertensión arterial conducente a enfermedad cerebrovascular por incumplimiento del plan medicamentoso. MEDISAN 2011; 15 (2): 1-7
14. Maluf Jr. I, Ribas Zahdi M, Unterstell N, Pereira Maluf E. M. C, Bonamigo de Sousa A, Dominici Loures F. Evaluación de la adhesión de médicos al protocolo de hipertensión arterial de la secretaría municipal de salud de Curitiba. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 94 (1): 1-11
15. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Rojas Martínez R, Pedrosa A, Medina García C, Barquera Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos Mexicanos. Salud Pública de México 2013; 55 (2): 1-12
16. A. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O. Col. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Revista Chilena de Cardiología 2010; 29 (1): 1-38
17. García Reza C, Medina Castro M.E, Solano Solano G, Gomez Torres D, Gómez Martínez V. El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. Escola Anna Nery 2010; 14 (1): 1-11
18. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México 2011; 1-23
19. Lares Asseff I, García Hernández F, Sosa Macías M, Loera Castañeda V, Galaviz Hernández C, Carrete Ramírez A. Morbilidad y mortalidad por cáncer: Experiencia del Centro Estatal de Cancerología de la SSA del Estado de Durango, México. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 2010; 48 (3): 1-14

20. Jara Guerrero J.A. Cultura nutricional: la más rápida solución para disminuir la pobreza. Acta Méd. Peruana 2013; 30 (3): 1-24
21. Trujillo Hernández B, Vásquez C, Almanza Silva José R, Jaramillo Virgen M. E, Mellin Landa T. E, Valle Figueroa O. B, Col. Frecuencia y factores de riesgo asociados a obesidad. Rev Salud Pública 2010; 12 (2): 1-10
22. Gómez R, Monteiro H, Cossio Bolaños M. A, Fama Cortez D, Zanesco A. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2010; 27 (3): 1-17
23. Placeres Hernández J.F, de León Rosales L. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón 2011. Citado el 25 de agosto; 33 (4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
24. Cid Rodríguez M.C, Montes de Oca Ramos R, Hernández Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med. Electrón 2014. Citado el 25 de agosto; 36 (4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
25. Concha Toro M.C, Rodríguez Garcés C.R. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Theoria 2010; 19 (1) 41-42
26. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Hered 2014; 25 (2): 1-7
27. Crivello M.C. Implicancias y consecuencias de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador 2013; 30: 24-36
28. Suarez Cuba M.A, Alcalá Espinoza M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Med. La Paz 2014; 20 (1): 1-9
29. Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo con pacientes con diabetes mellitus e hipertencion arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuid salud, jul-dic 2014; 8 (1,2).

30. Sánchez Aguilar Luz Angelica. Funcionalidad familiar en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención del IMSS UMF N°16, Queretaro 2013; 54 (2)
31. Gómez Sáenz J.T., Quintano Jiménez J.A., Hidalgo Requena A., González Béjar M., Gérez Callejas M.J., Zangróniz Uruñuela M.R., Moreno Vilaseca A. y Hernández García R. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: morbimortalidad e impacto sanitario. 15 de marzo de 2014; 7(2).
32. Franco-Aguirre John Querubín, Cardona-Tapias Alejandro Antonio y Cardona-Arias Jaiberth Antonio. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014; 9 (156, 157).

12.- ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 17 LA UNIÓN, GRO.
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
 Método de Graffar



Profesión del jefe de familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas. 2. Profesor técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad incompleta. 4. Obrero especializado, tractoristas, taxistas, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universidad o su equivalente. 2. Enseñanza técnica superior y o secundaria completa. 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos). 4. Educación primaria completa. 5. Primaria incompleta, analfabeta.
Principal fuente de ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes juegos de azar). 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales. 3. Sueldo quincenal o mensual. 4. Salario diario o semanal. 5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias. 2. Amplias, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias. 3. Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias. 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias. 5. Improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

Resultados: 04-06=alto, 07-09=medio alto, 10-12=medio bajo, 13-16= obrero, 17-20=marginal

	A	B	C	D
1				04-06=alto
2				07-09=medio alto
3				10-12=medio bajo
4				13-16= obrero
5				17-20=marginal



La funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónico
degenerativas en pacientes de la unidad de medicina familiar N° 17, La Unión,
gro.

Ficha de identificación del paciente

La Unión municipio de Isidoro Montes de Oca Gro., _____ de
_____ 2015

Nombre del paciente: _____

Número de Afiliación: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Diagnóstico de enfermedad crónica: Si: _____ No: _____

Tipo de enfermedad: _____

Controlado: _____ Descontrolado: _____

Estado: _____

Funcionalidad familiar: _____

Escolaridad: _____

Nivel socioeconómico: _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
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:	Enfermedades crónico degenerativas y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N°17, La Unión, Gro.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	La Unión, Guerrero, 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, de La UMF N°17, La Unión, Gro.
Procedimientos:	Realizara una encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar orientación sobre las factores de riesgo identificados
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se manejaran de manera confidencial
Participación o retiro:	EL participante se podrá retirar sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	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:	Dra. Mónica Marcelo Delgado alexandramoni1008@gmail.com

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	Dra. Marcelo Delgado Mónica Mat: 99120855 _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ 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