



11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACAN
HGZCMF NO. 12 LAZARO CARDENAS MICHOACÁN

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ENRIQUE OLMOS VALLADARES

LAZARO CARDENAS MICHOACÁN ENERO 2005

0351783



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

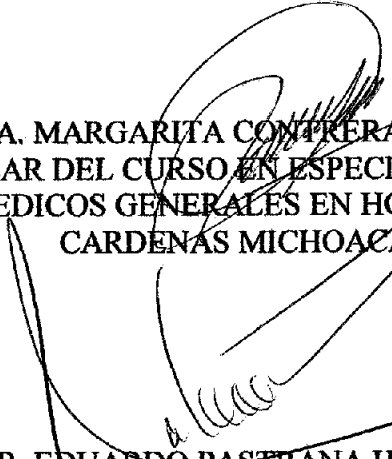
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


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.

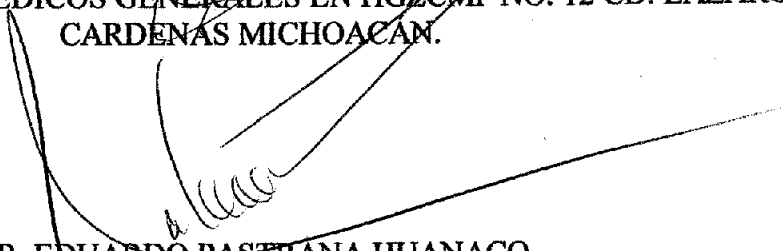
DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

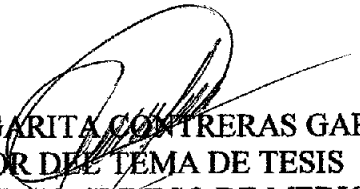
**AUTOR
DR. ENRIQUE OLMOS VALLADARES**

AUTORIZACIONES


DRA. MARGARITA CONTRERAS GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN HGZCMF NO. 12 CD. LAZARO
CARDENAS MICHOACAN.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA


DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
CARGO: COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD EN
MICHOACAN


DRA. MARGARITA CONTRERAS GARCIA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
CARGO: JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO DE MEDICINA FAMILIAR HGZ 12
CD. LAZARO CARDENAS MICH.


DR. ANTONIO CARVAJAL NGARTE
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA HGZ 12
CD. LAZARO CARDENAS MICH.

CD. LAZARO CARDENAS MICHOACÁN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Enrique Olmos Valladares
FECHA: 09/11/2005
FIRMA: 

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ENRIQUE OLMOS VALLADARES

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~



**DR. ARNULFO IRIGOYES CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

Dr. Eduardo Pastrana Huanaco por su valiosa apoyo en la realización del presente estudio, su asesoría y invaluable amistad

Dr. Margarita Contreras García por su colaboración en este trabajo así como por sus enseñanzas durante el curso semi-presencial

Dr. Roberto Cruz Espinaza por su invaluable transmisión de conocimientos, por su honestidad y siempre buen líder en su vida diaria

Dr. Antonio Carvajal Ugarte quien fue siempre un pilar para la realización de este proyecto de enseñanza y por su amistad

A los doctores que por sus servicios pasamos que de una forma desinteresada siempre estuvieron conmigo gracias por sus enseñanzas su paciencia y su amistad

A mis compañeros que siempre fueron solidarios y un grupo unido

DEDICATORIA

A MI ESPOSA DRA. ELSA MIREYA SALGADO SOLIS

Por ser el ser la compañera de mi vida, la impulsora de mi trabajo, es la luz de mi vida y razón de seguir superándome, quien siempre tiene una palabra de aliento, fuerza, amor y cariño con todo mi amor por que la amo.

A MIS HIJOS ELSY YADID Y LUIS ENRIQUE

Por su paciencia su apoyo y comprensión para poder realizar mis metas por ser los hijos mas lindos y la motivación mas grande de superación.

A MI PADRE

Que ya no esta conmigo pero que me dejo sus enseñanzas y su gran herencia la justicia, honestidad, solidaridad y trabajo.

A MI MADRE

Que siempre a estado pendiente de mi familia siendo una segunda madre para mis hijos y por su gran herencia de amor, cariño y cooperación.

A MIS HERMANOS

Por ser tan unidos y tener un respaldó una voz de apoyo cuando m'as la necesito para seguir adelante.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

1.- Título.....	1
2.- Índice general.....	6-7
3.- Resumen.....	8-9
4.- Summary.....	10-11
5.- Introducción.....	12-13
6.- Marco teórico.....	14-29
7.- Planteamiento del problema.....	30
8.- Justificación.....	31
9.- Objetivos.....	32
10.- Hipótesis.....	33
11.- Metodología.....	34-44
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Criterios de inclusión, exclusión	
- Información a recolectar (variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
12.- Resultados.....	45-50
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y graficas	

13.- Discusión (interpretación analítica de resultados).....	51-53
14.- Conclusiones.....	54-56
15.- Referencias bibliograficas.....	57-61
16.- Anexos.....	62-63

RESUMEN

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2

Introducción. La Diabetes Mellitus representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, México de acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades crónicas, su prevalencia es de las más alta del mundo, alrededor del 10.5 % en población mexicana adulta de acuerdo a la encuesta de enfermedades crónicas del 2002. El control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta externa es un indicador de la calidad de vida de estos. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas en el control de estos pacientes. El objetivo de este trabajo es identificar la relación entre la disfunción familiar y el descontrol glicémico de la Diabetes mellitus tipo 2

Material y métodos. Se trata de un estudio Clínico-Epidemiológico Retrospectivo, Transversal, Observacional y descriptivo, en una muestra de pacientes diabéticos adscritos al módulo del paciente crónico HGZ MF # 12. Cd. Lázaro Cárdenas Michoacán, con una muestra de 111 pacientes, en donde se analizarán los expedientes clínicos de los pacientes, identificando los valores glicémicos de un periodo de un año, lo que permitirá establecer el criterio de control en este estudio. A estos pacientes se les realizará la encuesta de Apgar familiar por el investigador en el momento que se presenten a la consulta del paciente crónico.

Resultados: La edad de la población estudiada osciló entre 45 y 85 años con un promedio de 61.82 años con una DE de 9.89. los hombres se presentaron en el 36% y las mujeres en el 64% . De los 111 pacientes estudiados el 43.24 % estaban controlados y el 56.75 en descontrol.

La funcionalidad familiar y el control glicémico se observó que, las familias funcionales presentaron un control en el 65.62 %, las familias moderadamente disfuncionales un 14.63% y las severamente disfuncionales el cero por ciento, presentando una diferencia significativa entre los grupos ($P < 0.005$), y una correlación de Pearson de .87 en el control y funcionalidad, y la $RM = 13.07$

Conclusiones: Los resultados de este trabajo corrobora que la familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social. Aun con los sesgos y limitaciones que pudiera tener este estudio, los resultados obtenidos representan ejemplos claros de la importancia de considerar a la familia como parte de el análisis de las conductas sociales e individuales que operan en el diabético tipo II.

Palabras claves: Diabetes, control, apgar familiar.

SUMMARY

FAMILY DISFUNCIÓN IN PATIENT WITH DIABETES MELLITUS 2

Introduction. The Diabetes Mellitus represents one of the main problems of health it publishes at world level, Mexico according to the national survey of chronic illnesses, its it prevailed it is of those but high of the world, around 10.5% in mature Mexican population according to the survey of chronic illnesses of the 2002. The control of the patients with diabetes mellitus type 2 in the external consultation is an indicator of the quality of life of these. The interactions among the members of the family can be negative or positive in the control of these patients. The objective of this work is to identify the relationship between the family disfunctional and the discontrol glicémico of the Diabetes mellitus type 2

Methods. It is to Retrospective Clinical-epidemic study, Transversal, Observational and descriptive, in to sample of diabetic patients attributed to the I modulates you of the chronic patient HGZ MF #12. Cd. Lázaro Cárdenas Michoacán, with a sample of 111 patients where the clinical files of the patients were analyzed, identifying the values glucemicos of a period of one year, what will allow to establish the control approach in this study. To these patients they were carried out the survey of family Apgar by the investigator in the moment that they are presented to the chronic patient's consultation.

Results: the studied population's age oscillated between 45 and 85 years with a 61.82 year-old average with one DE of 9.89. the men were presented in 36% and the women in 64%. Of the 111 studied patients 43.24% was controlled and the 56.75 in discontrol.

The family functionality and the control glicémico one observes that, the functional families presented a control in 65.62%, the families moderately disfuncionalidad 14.63% and those severely disfuncionalidad zero percent, presenting a significant difference among the groups ($P = < 0.005$), and a correlation of Pearson .87 in the control and functionality, and the $RM = 13.07$

Conclusions: The results of this work corroborate that the family like system not only plays an important paper in the generating process of alteration of the health but in its rehabilitation process. This depends of if the family is disfuncionalidad or, on the contrary, it is functional, and it has some appropriate resources of social support. Even with the biases and limitations that he/she could have this study, the obtained results represent clear examples of the importance of considering to the family like part of the analysis of the social behaviors and singular that operate in the diabetic type II.

Key words: Diabetes, control, family apgar.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus representa uno de los principales problemas de salud publica a nivel mundial.(1). México de acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades crónicas, su prevalencia es de las mas alta del mundo. Alrededor del 10.5 % en población mexicana adulta (2) de acuerdo a la encuesta de enfermedades crónicas del 2002

Se estima que uno de cada cuatro individuos mayores de 50 años la padecen. En el Instituto Mexicano Del Seguro Social es la segunda causa de consulta en unidades de medicina familiar y la primera en consulta de especialidades en segundo nivel, representa la sexta causa en incapacidades y ocupa el quinto lugar en mortalidad. (3) El control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta externa de primer contacto en las unidades de medicina familiar, además de aspectos clínicos, esta basada principalmente en determinaciones de la glucemia en ayuno.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja por que requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc.

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite el soporte emocional como vehículo de socialización, en su conjunto

determinan las características de la dinámica familiar e influye directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo (4)

Los conceptos de salud y enfermedad se encuentran relacionados con el sistema de valores, de tal forma que tratar de cambiarlos significa reestructurar todo un sistema conceptual transmitido de generación en generación por medio del grupo familiar y otras instituciones sociales. (5)

Para el estudio de familia es necesario considerar la funcionalidad familiar la cual se mide a través del Apgar familiar.

Actualmente el Apgar familiar consta de 5 preguntas que evalúan de manera cualitativa las características de la funcionalidad familiar de acuerdo a su: Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución.

El objetivo de este estudio es conocer la relación entre la disfunción y el descontrol glicémico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el módulo del paciente crónico de la unidad medicina familiar No. 12 del IMSS, para conocer el impacto que tiene sobre el paciente Diabético tipo 2 y establecer un programa de apoyo en caminado a resolver la dinámica familiar y su funcionalidad. Así llevar un mejor apoyo en el control glicémico del mismo paciente. Reforzando su adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución en su entorno familiar.

MARCO TEORICO

En México cada año se registran más de 180 mil casos de diabetes mellitus y es la causa de 36 mil defunciones anuales por complicaciones de esta enfermedad en el instituto Mexicano del Seguro Social diariamente mueren en promedio 40 derechohabientes.(6)

En la ultima encuesta nacional de enfermedades crónicas de la secretaria de salud, se informo una prevalecia del 10.5% en la población adulta (2)

En nuestra ciudad de Lázaro Cárdenas Michoacán, en el Instituto Mexicano Del Seguro Social HGZCMF no 12 dentro de las primeras 10 causas de consulta de medicina familiar ocupa el segundo lugar en hombre y tercer lugar en mujeres mayores de 30 años en el año de 2003 y en lo que va del año 2004 ocupa el segundo lugar ambos sexos(7)

En HGZCMF Núm. 12 la diabetes mellitus y sus complicaciones ocupa el primer lugar en Mortalidad en mayores de 30 años de predominio en varones 5-1 con una tasa x 1000 derechohabientes de 0.534 (8)

Actualmente él modulo del paciente crónico cuenta con un padrón de 247 pacientes en HGZCMF no. 12 (9)

Recientemente, en Junio de 1997, se ha propuesto una nueva clasificación de la Diabetes y nuevos criterios de cribado y diagnóstico, formulados tras el acuerdo del Comité de Expertos de la ADA y de la OMS. Los cambios fundamentales han sido:

1. Se eliminan los términos de Diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) y Diabetes no insulino-dependiente (DMNID).
2. Se propone utilizar los términos Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 (con números arábigos, puesto que los números romanos a veces dan lugar a confusión)
3. Se definen nuevos valores de normalidad-enfermedad
4. Se introduce una nueva categoría clínica, la Glucemia Basal Alterada.
5. Se recomiendan nuevos criterios de cribado de diabetes mellitus.
6. Desaparece la recomendación del cribado universal de la Diabetes gestacional, recomendándose el cribado selectivo. No se recomienda el cribado en mujeres de bajo riesgo: menores de 25 años, normo peso, sin antecedentes familiares de diabetes y que no sean miembros de grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes).

Diabetes Mellitus tipo 2

- Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es habitual su comienzo en la vida adulta, después de los 40 años.
- Caracterizada por resistencia insulínica asociada usualmente a un déficit relativo de insulina. Puede variar desde el predominio de la resistencia insulínica con un

relativo déficit de insulina a un predominio del déficit en la secreción de insulina con resistencia insulínica.

- La obesidad está presente en el 80 % de los pacientes. Los pacientes que no se consideran obesos por los criterios tradicionales pueden presentar un aumento en el porcentaje de grasa distribuida de forma predominantemente en la región abdominal.
- El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión o dislipemia.
- Representa el 90-95% de los casos de Diabetes Mellitus.
- Suele tener un comienzo insidioso
- Son resistentes a la cetoacidosis, aunque pueden presentarla en situaciones de estrés o infección.
- No precisan insulina para mantener la vida, aunque pueden requerirla para conseguir el control glucémico.
- Está frecuentemente asociada con una fuerte predisposición genética, sin embargo este factor genético es complejo y no claramente definido.

CARACTERÍSTICAS DE DM 1 DM 2

	DM 1	DM 2
	H= M	M > H
Edad diagnóstica	< 30 años	> 40 años
Aparición	Brusca	Solapada
Peso	No obeso	Obeso (80 %)
Periodo remisión	A veces	Raro
Propensión cetosis	Sí	No
Tratamiento insulínico	Frecuentemente indispensable*	Habitualmente no requerido
Herencia	Coincidencia gemelos idénticos (40-50 %)	Coincidencia gemelos idénticos (90 %)
Genética	Asociada (cromosoma 6) (¿cromosoma 11?) HLA	Polimorfismo genético -gen insulina-
Auto anticuerpos	85-90 %	No
Inmunidad antipancreática celular	Sí	No
Etiología vírica	Posible	No
Insulinitis inicial	50-75 %	No
Endocrinopatías múltiples asociadas	Sí	No
Niveles insulinemia	Descendidos o nulos	Variables

DM1: Diabetes Mellitus tipo 1 DM2, Diabetes Mellitus tipo 2

H: Hombre, M: Mujer Referencia ficha núm. (10)

**CONDICIONES CLINICAS EN QUE SE DEBE BUSCAR
INTENCIONADAMENTE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

- Familiares de primer grado de personas con diabetes mellitus
- Obesidad(IMC mayor o igual a 27 kg/m)en adultos.
- Intolerancia a la Glucosa
- Hipertensión Arterial (mayor o igual a 140/90 mmHg)
- Colesterol HDL menor o igual a 35 mg/dl y/o triglicéridos mayor o igual a 250 mg/dl.
- Mujeres con historia de diabetes gestacional, complicaciones gineco-obstétricas o haber tenido un producto al nacer con peso mayor de 4 Kg.
- Hiperuricemia
- Síndrome de ovario poliquístico
- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia arterial de miembros inferiores o cerebral
- Albuminuria
- Neuropatías periféricas
- Alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático sin causa aparente.

Referencia ficha (11)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus se puede diagnosticar por tres métodos distintos, y cada una de ellos debe confirmarse en los días subsiguientes por cualquiera de los tres métodos: (12)

- Glucemia basal en plasma venoso en ayunas igual o superior a 126 mg/dl
- Glucemia al azar en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl en presencia de síndrome diabético (poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida inexplicable de peso)
- Glucemia en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl a las 2 horas tras Sobrecarga Oral de 75 gramos de Glucosa

Parámetros por considerar en el control metabólico del paciente con DM 2 (13)

Parámetro	Bueno	Aceptable	Ajustar el manejo
Glucosa plasmática preprandial	80-110 mg/dl	111 a 140	Mas de 140 mg/dl
Hemoglobina glucosilada(hbA)	Menos de 7 %	7 a 7.9 %	Mas o igual a 8
Colesterol total	Menos de 200	200-220 mg/dl	Mas de 220 mg/dl
Triglicéridos (en ayuno)	Menos de 150	150-175 mg/dl	Mas de 175 mg/dl
Presión arterial	Menos o igual 130/80 mmHg	130/80 a 160/90 mmHg	Mas de 160/90 mmHg
Índice de masa corporal	Menos de 25	25 a 27	Mas de 27

El índice de hiperglucemia (IHG) es un parámetro que puede servir para evaluar el control y tratamiento del paciente diabético. Es recomendable comparar este índice con los niveles de hemoglobina glucosilada para reconocer su valor como prueba de tamizaje. En este estudio el propósito fue determinar si el índice de hiperglucemia es un método alternativo válido y confiable para evaluar el control glicémico en el paciente diabético tipo 2. sin embargo es conveniente resaltar que la probabilidad posprueba de estar descontrolado según IHG es buena (86.3 %) con una proporción de falso – positivos realmente baja (13.7 %) se puede confiar en este índice cuando indica que el paciente esta descontrolado y es aplicable sobre todo en unidades donde no se dispone de la hemoglobina glucosilada. La capacidad de IHG para identificar como controlados aquellos pacientes que efectivamente lo están es relativamente buena con 77.7 % de especificidad.(14)

En México existen 5.2 millones de personas con diabetes mellitus, de las cuales el 24 por ciento desconoce que padece la enfermedad y de esta población dos terceras partes son mujeres, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas Degenerativas, realizada en 1999 en por la Secretaría de Salud.

La diabetes mellitus es previsible en el 80 por ciento de quienes la padecen, es la tercera causa de mortalidad en el país y el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser de mil a cuatro mil pesos mensuales. El incremento está relacionado directamente con los daños al organismo que vaya ocasionando.

Según cifras de la dirección general de Vigilancia Epidemiológica de la SSA,

esta enfermedad ocasionó en el año 2000 más de 46 mil muertes en México, es decir, cinco personas cada dos horas. Del total de diabéticos, la mitad también padece hipertensión arterial, lo cual se traduce en mayor riesgo de embolia y de infarto; 50 por ciento sufre retinopatía, una enfermedad de los ojos que ocasiona ceguera, y todos tienen 14 veces más riesgo de amputación de alguna extremidad.

México ocupa el noveno lugar en el mundo en incidencia de diabetes mellitus y de seguir la tendencia actual, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio. (15).

El concepto de familia, es un concepto de estudio interdisciplinario que puede ser abordado desde múltiples perspectivas y con finalidades muy diversas . implica aspectos biológicos, sociales y legales íntimamente ligados al complemento de un complejo de "roles y funciones".

Desde el punto de vista antropológico son temas claves: el origen la universalidad temporal y cultural de la familia.; las formas que reviste a lo largo de los tiempos y en las diversas sociedades (matriarcal, patriarcal, extensa, nuclear, etcétera); las relaciones de parentesco y las normas que rigen éstas las relaciones de la familia. Con otros grupos (*linaje, *tribu, *clan...), etcétera. Aunque los antropólogos difieren en sus análisis e interpretaciones, parece claro que todo coincide en afirmar que, cualquiera que sea la forma que adopte, la familia- esta presente en todas las sociedades humanas y a través de ella la sociedad asegura su reproducción biológica y cultural.

La sociología, desde un enfoque (micro) analiza las características de a f.

Como *grupo primario: elementos que la componen, relaciones que se establecen entre ellos, roles, funciones, interacción, dinámica, fases, efectos que producen la alteración del número de miembros, etc. Mayores y más amplias perspectivas ofrece el enfoque micro sociológico que define la familia. como una *institución social encargada de reproducir el orden social y de asegurar la transmisión del patrimonio técnico-cultural a las sucesivas generaciones. La socialización constituye a si su función básica tanto desde el punto de vista de la supervivencia individual como de la social (T. *PARSONS)(16).

Para la psicología el problema principal de estudio es la influencia de la familia en la formación y el desarrollo de la personalidad de los hijos y las dinámicas existentes entre sus miembros.

La sociología es una ciencia que estudia la sociedad humana, entendida como el conjunto de individuos que viven agrupados en diversos tipos de asociaciones, colectividades e instituciones.

Más concretamente, su objeto de investigación son los grupos sociales, sus formas internas de organización, su grado de cohesión y las relaciones entre ellos y el sistema social en general. En suma: la estructura social.

Sin embargo, hay otras ciencias sociales que también tienen por finalidad el estudio del hombre y la sociedad: la antropología, la economía, la historia, la psicología social, etc. ¿cual es la diferencia entre estas ciencias y la sociología? Tales

ciencias estudian aspectos parciales de la conducta humana y de las relaciones entre los individuos mientras que la sociología tiende a la búsqueda de las interrelaciones entre los fenómenos sociales. De hecho, la sociología abarca aspectos de la realidad social mas complejos y mas bastos que las de mas ciencias humanas.

Tampoco puede considerarse a la sociología como una ciencia enciclopédica, mera síntesis de las de mas ciencias sociales o yuxtaposición mecánica de los conocimientos que éstas aportan; aunque todas ellas serán elementos valiosísimos para el investigador sociológico.

En opinión a uno de los grandes clásicos de la sociología el francés Emile Durkheim (1885-1917) los sociólogos tienen la necesidad urgente de estar informados regularmente de las investigaciones realizadas por la ciencias especiales, la historia del derecho, de las costumbres y de la religión, las estadísticas sociales, las ciencias económicas, etc.; por que es precisamente en estas ciencias donde pueden encontrarse los materiales para construir la sociología.

Para un mejor conocimiento de esta disciplina científica, al igual que en cualquier otra ciencia, es necesario una correcta concreción y un manejo adecuado de sus recursos intelectuales.

Entre los seres humanos, unirse para coexistir, podemos considerarlo como grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo a elaborado pautas de conducta de

interacción que constituyen la estructura familiar, que a su vez rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

La familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, por lo que hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales (17)

Aunque la familia es tan antigua como la especie humana fue hasta la mitad del siglo XIX, en que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan, Bachofer, lo consideraron como una institución social histórica, cuyo estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global.

En 1958 Heider mencionó que las personas tratan de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio (buscan relaciones que les puedan ayudar a comprender los acontecimientos dentro del campo de observación). Señala que en la interpretación de los acontecimientos es importante tomar en cuenta si el fenómeno se atribuye a factores causales localizados en la persona o en el entorno (18).

La familia juega un papel primordial en la historia de cualquier enfermedad y en el padecer de un individuo, siendo un factor importante para conservar la salud, llegar a la curación o a la rehabilitación de secuelas. Al hablar de salud familiar nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que el

buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad(19-20)

A través del tiempo la familia a sufrido diversas transformaciones causadas fundamentalmente por factores económicos, y culturales entre otras como leyes y valores (21).

Es importante tener en cuenta los conceptos básicos para el entendimiento del siguiente estudio con la finalidad de enfatizar sus antecedentes de importancia.

FAMILIA CONCEPTOS:

Fernández de Moratin conjunto de ascendientes, descendientes; colaterales y afines de un linaje (22).

La definición internacional de la familia la señala como un grupo de intimidad relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan con un sentido de hogar. (23).

La roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos, sirvientes, que eran propiedad del padre quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos(24)

La Organización Mundial de Salud (OMS) la define como conjunto de miembros del hogar, emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (25).

El Consenso Norteamericano la define como: un grupo de 2 o mas personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

En Canadá se ha definido como: el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o mas hijos, que viven bajo el mismo techo (26-27).

El diagnóstico del grado de salud psicodinámico y familiar por medio de la evaluación de las funciones permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el efecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella:

- Equidad generacional: adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia.
- Transmisión cultural: aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación.

Socialización y control social: compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptada.(28)

El Dr. Smilkstein de la universidad de Washington, Seattle, en 1978 creo el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia.

La validación inicial del Apgar familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (pless-satterwhite family

function index) e igualmente con estimulación de función familiar hecho por diversos psicólogos. Validación mostró correlación 0.80 entre apgar/pless-satterwhite y de 0.64 entre apgar/estimulación de psicólogos.

Después de esta validación inicial, el Apgar familiar, se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la universidad de Washington y en la universidad de Taiwán, tales estudios establecieron además que los amigos se percibía como factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar.. Esto motivó al autor del apgar familiar a incluir en su evaluación, en apoyo que brindan las amistades.(29)

Actualmente el Apgar familiar consta de 5 preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares.

ADAPTACIÓN: Capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada. (Adaptation)

PARTICIPACIÓN: Distribución equitativa de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones. (Partnership)

CRECIMIENTO: Logro de la madurez emocional y física de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo. (Growth).

AFECTO: Relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia. (Attachment)

RESOLUCIÓN: Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia. (Resolución) (29-31) Las siglas en ingles de cada una de estas categorías determinan el nombre APGAR.

Cada pregunta consta de tres respuestas posibles: CASI SIEMPRE, ALGUNAS VECES Y CASI NUNCA.

La puntuación y escala de interpretación del Apgar:

Casi siempre: 2 puntos **Algunas veces:** 1 punto **Casi nunca:** 0 puntos

7 a 10 puntos: Familia altamente funcional

4 a 6 puntos: familia moderadamente disfuncional

0 a 3 puntos: familia severamente disfuncional (29,30)

El Objetivo de apgar familiar: es medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia, en cada componente de las funciones familiares.(32)

Cuando debe de usarse este cuestionario: Se ha identificado tres situaciones en las que el médico familiar puede necesitar información sobre el funcionamiento de la familia.

1.- Cuando la familia se ve involucrada en el cuidado de un miembro enfermo.

2.- Cuando un paciente es visto por primera vez por el médico.

3.- El cuestionario puede demostrar áreas específicas en el funcionamiento familiar y esto interfiere con la habilidad de los miembros de comunicar o identificar los recursos.

Criterios para la aplicación de apgar familiar: el médico otorga al paciente el cuestionario y explicándolo clara y brevemente para que el paciente elija una opción, marcando una "x"

Puede ser llenado por el paciente al termino de la consulta.

Aplicarlo a cualquier miembro de la familia de preferencia adulto y con facultad de leer.

Anotar el nombre parentesco, dirección de las personas que guarden mejor relación con el paciente, con el fin de contar con un posible colaborador para resolución de la problemática familiar (29,33)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia juega un papel primordial en la historia de cualquier enfermedad y en el padecer de un individuo, siendo un factor importante para conservar la salud, llegar a la curación o a la rehabilitación de secuelas. Al hablar de salud familiar nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que el buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad.

Por lo anterior hemos decidido realizar un estudio para establecer si existe mayor frecuencia de disfunción familiar en pacientes en control y descontrol glucémico de diabetes mellitus tipo 2

¿Existe correlación entre la disfunción familiar y el descontrol de la diabetes mellitus tipo 2?

JUSTIFICACIÓN

Ante la inquietud de la enfermedad de diabetes mellitus 2 es una de las principales causas de demanda de la consulta externa a nivel nacional y en nuestra unidad, teniendo esta como una de las enfermedades crónico degenerativas que deterioran la calidad de vida del paciente, en el cual el programa de residencia da a conocer algunos instrumentos de estudio familiar y entre los mas útiles en México han sido los siguientes: Familiograma, Apgar familiar, prueba de Mc Master, Prueba de Shires-Hennen, Unidad de Holmes, Prueba de Sacks, Prueba Integral de la Familia a través del Ámbito Social, Socio dinámico, Económico y Abordaje integral de la familia.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre la disfunción familiar y el descontrol glicémico de la Diabetes mellitus tipo 2

OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer el numero de pacientes con control glucemico del modulo del paciente crónico en la población de Lázaro Cárdenas Mich.

Demostrar que la disfunción familiar favorece el descontrol glucemico en la Diabetes mellitus tipo 2 de la población que acude a consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona #12.

Identificar la funcionalidad familiar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

- a) Adaptación
- b) Participación
- c) Crecimiento
- d) Afecto
- e) Resolución

HIPÓTESIS

La disfunción familiar esta correlacionada con el descontrol glucemico del paciente del modulo del paciente crónico con Diabetes Mellitus tipo 2.

HIPÓTESIS ALTERNA

No existe relación entre la disfunción familiar y el control metabólico del paciente con DM tipo 2

HIPÓTESIS NULA:

La disfunción familiar no influye en el descontrol del paciente con DM tipo 2.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo, Trasversal, Observacional y descriptivo

DISEÑO DE ESTUDIO

Clínico-Epidemiológico

AREA DE INTERES:

Área de la Salud.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes diabéticos que asisten al modulo del paciente crónico adscritos al HGZ MF # 12. en la Cd. Lázaro Cárdenas Michoacán , en un periodo de estudio de un año dos meses (julio 2003 a Octubre del 2004),

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El modulo del paciente crónico del turno matutino cuenta con 247 pacientes que acuden regularmente al control. El tamaño de la muestra se tomo en relación a una población finita, con una confiabilidad del 95% con un margen de error del .05% y un error estándar del 3%.

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 pq}{d^2(n-1) + z_{\alpha/2}^2 pq}$$

N= 247 pacientes

$z_{\alpha/2} = 1.96$

p= .05

q=.95

$d^2 = .03$

N= 111

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1) Pacientes derechohabientes de IMSS adscritos al HGZ MF #12
- 2) Con diabetes mellitus tipo 2
- 3) Pacientes controlados y descontrolados de su glucemias.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- 1) Población derechohabiente sin vigencia de derechos.
- 2) No adscritos a HGZ MF #12 turno matutino

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1) Personas que no aceptan continuar con la encuesta.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Disfunción Familiar.**
- **Diabetes Mellitus 2**

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Control Glicemico**
- **Grado de disfunción**

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	EVALUACION
Función familiar	Interrelación social del grupo familiar, bajo la prueba de apgar familiar	Cualitativa Funcional (7-10) Moderada disfunción (4-6) Severamente disfuncional (0-3)
Control glicémico	Valores de glucosa en sangre > 80 y < 140 mg/ dl	Control (80 a 140 mg./ dl) Descontrol (mas de 140 mg/dl)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes de la muestra, identificando los valores glucémicos de un periodo de un año, a los cuales se les realizó un promedio de la glicemia anual lo que permitirá establecer el criterio de control en los pacientes que durante todas las glucemias realizadas presentaran cifras menores de 140 mg/dl en este estudio. A estos pacientes se les realizó la encuesta (anexo 1) de Apgar familiar por el investigador en el momento que se presentaron a la consulta del paciente crónico al concluir el periodo de estudio en ese paciente, la cual se desarrolló en el propio consultorio en forma confidencial, previo consentimiento informado y firma del documento realizado ex profeso (anexo 2).

RECURSOS

La infraestructura para este estudio fue la del Instituto Mexicano del Seguro Social del HGZ 12 en Lázaro Cárdenas Mich. Así como los recursos humanos que comprenden, Enfermería, Trabajo Social, Asistente Médica, Coordinador del Módulo del paciente crónico e investigador.

Los recursos materiales adicionales a la atención asegurada del paciente serán erogados por el investigador principal

ETICA DE ESTUDIO

Este estudio se ajusta a las normas éticas, contempladas en la ley general de salud en materia de investigación con Humanos en la declaración de Helsinki de 1964, ratificada en Tokio en 1975 y posteriormente en Edimburgo en el año 2000.

Se solicito consentimiento informado para realizar la encuesta familiar en el cual se guardaran todos los datos en forma confidencial, no habrá daños a la salud del paciente por ser un estudio de encuesta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizo pruebas de tendencia central, prueba de correlación de Pearson y prueba de ji cuadrada, y Razón de Momios

RESULTADOS

Características generales de los pacientes:

Se estudiaron 111 pacientes adscritos a la UMF del HGZ No. 12 de Lázaro Cárdenas Mich.

La edad de la población estudiada osciló entre 45 y 85 años con un promedio de 61.82 años con una DE de 9.89. La tabla 1 se describe la distribución por sexo, el 38.73 por ciento de los sujetos estaban dentro de la población económicamente inactiva (> de 65 años), lo que significa que los diabéticos son económicamente dependientes.

Tabla I Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentajes
Masculino	40	36.03
Femenino	71	63.97
TOTAL	111	100

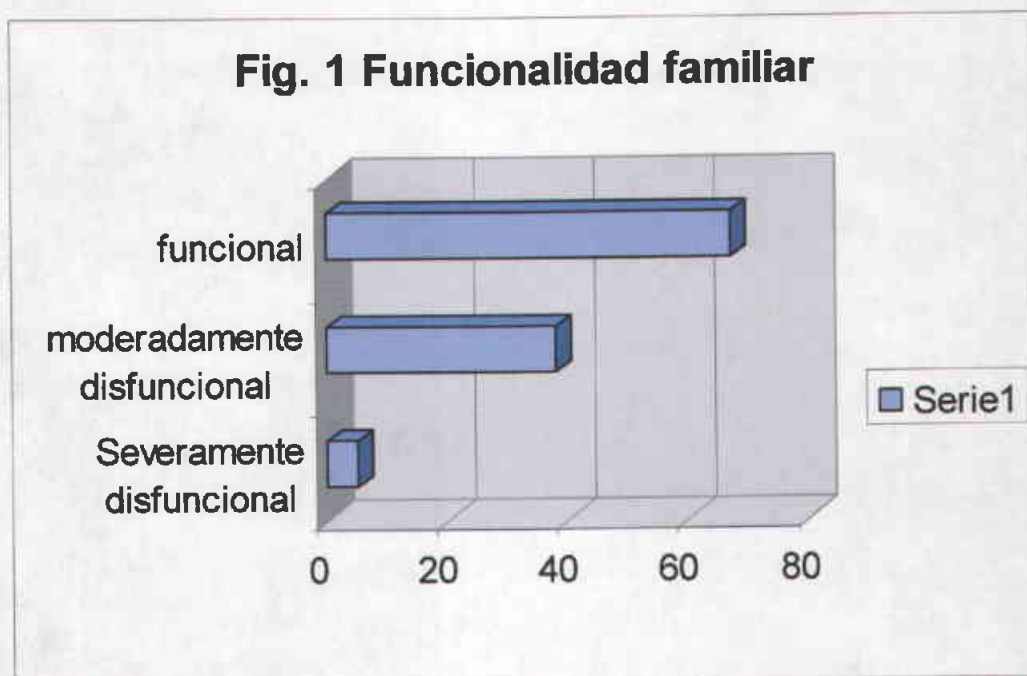
En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 9.45 por ciento tiene menos de 5 años

De los aspectos investigados sobre familia se encontró que:

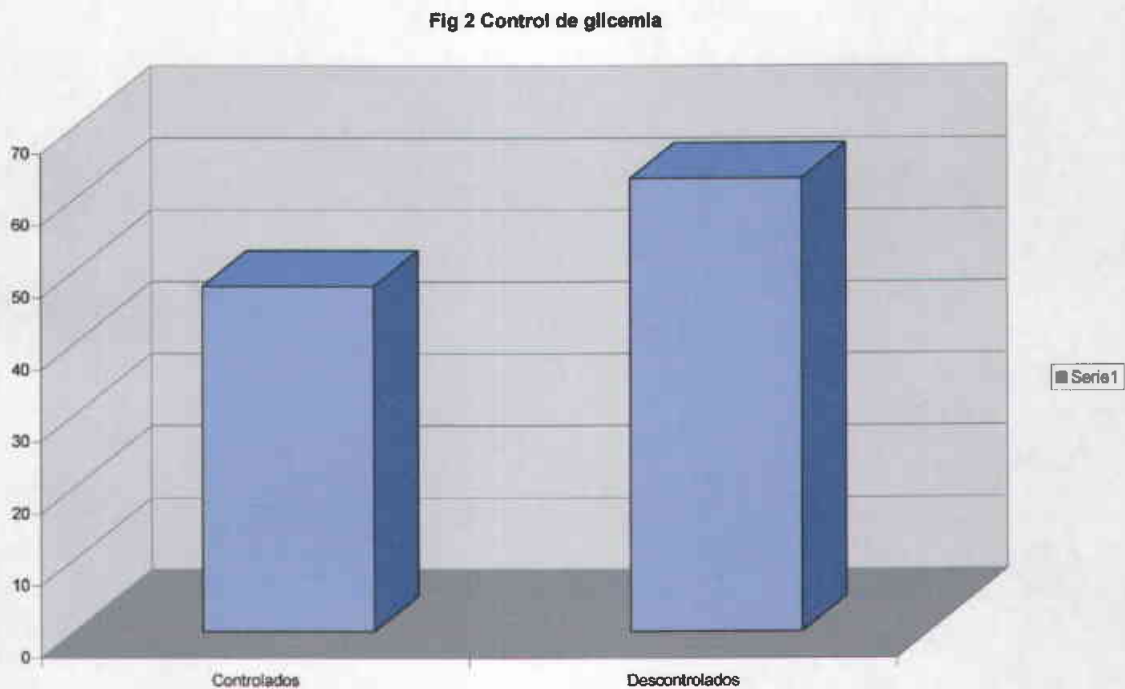
Dentro del grupo de mujeres el 82 por ciento cumple el papel de madre; el 57.65% se encuentra en las últimas etapas del ciclo de vida familiar (fase de independencia y retiro); el 75.4 por ciento de las familias tiene una estructura nuclear.

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar en forma global su dinámica a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar; asimismo, permitió conocer la percepción que se tiene sobre su funcionamiento a fin de determinar si la familia es un recurso para el paciente o si contribuye a su enfermedad.

Así, se encontró que el 60.90 por ciento de los pacientes ubica a su familia como funcional, 34.23 como moderadamente disfuncional y el 4.5% severamente disfuncional, (Fig. 1).



Para la identificación de factores asociados al control de la diabetes se procedió a dividir a los pacientes en dos grupos: enfermos con cifras de glicemia igual o menor a 140 mg/ml (controlados), y otro grupo con más de 140 mg/ml (no controlados), en el periodo de un año (Fig 2).



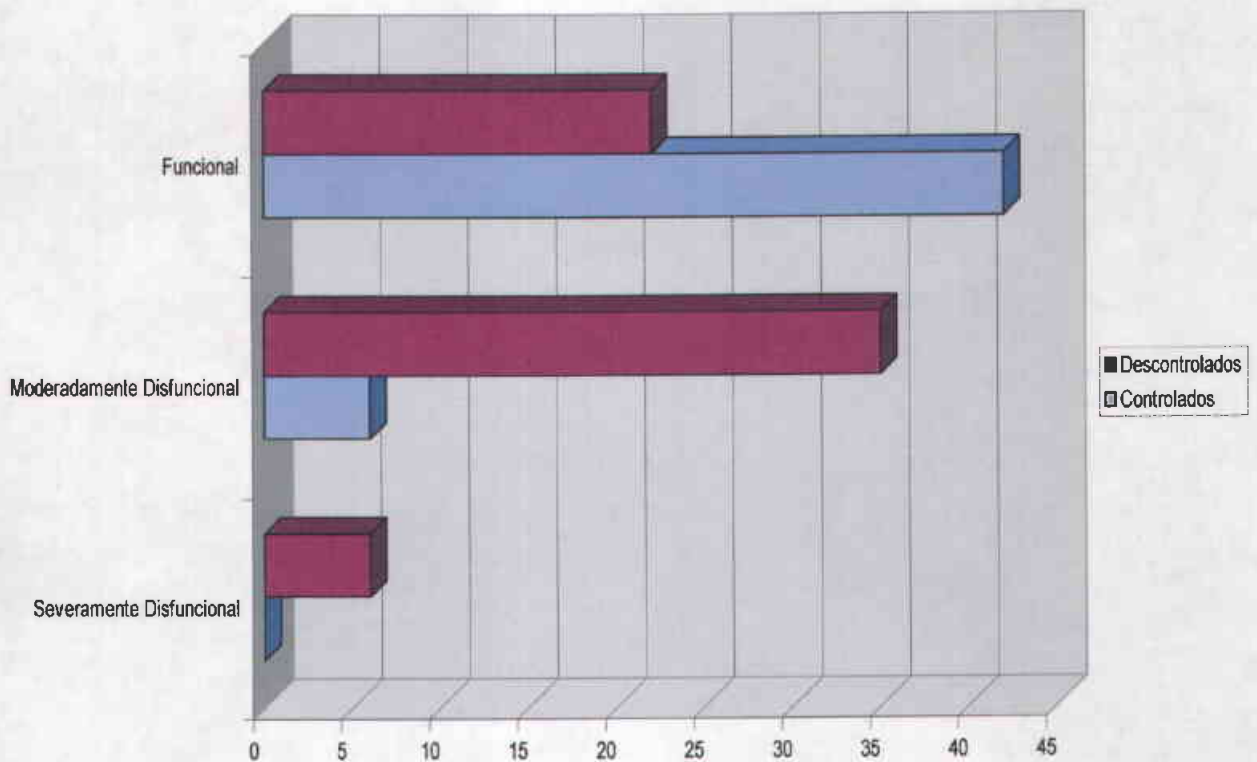
De los 111 pacientes estudiados el 43.24 % estaban controlados y el 56.75 en descontrol . Se identificaron los factores relacionados con el control de la diabetes entre los dos grupos, controlados y no controlados, con los siguientes resultados:

La población en un ciclo de vida familiar en las dos últimas etapas de este (independencia y retiro) se presento en el 57.65%, la ubicación de los pacientes

no controlados (30.15), resultó significativa (Chi cuadrada de 5.41 $p < .05$ OR= 3.5 intervalo de confianza= 1.1-11.8).

La funcionalidad familiar y el control glicémico se observan en la fig. 3, en donde las familias funcionales presentaron un control en el 65.62%, las familias moderadamente disfuncionales un 14.63% y las severamente disfuncionales el cero por ciento, presentando una diferencia significativa entre los grupos ($P < 0.005$), y una correlación de Pearson de .87 en el control y funcionalidad. La Razón de Momios presente RM= 13.07

Fig 3 Relación entre control y funcionalidad familiar



De acuerdo al Apgar Familiar se encontró de los 48 pacientes controlados siendo familia funcional 89.58 % (tabla II)

Tabla II Distribución de pacientes controlados

Apgar familiar	Frecuencia	Porcentajes
Familia funcional 7-10 puntos	43	89.58
Familia moderadamente disfuncional 4-6 puntos	5	10.42
Familia severamente disfuncional 0-3 puntos	0	0
totales	48	100

De acuerdo al Apgar Familiar se encontró de los 63 pacientes descontrolados siendo disfuncional $52.39 + 7.93 = 60.32$ % (tabla III)

Tabla III Distribución de pacientes descontrolados

Apgar familiar	Frecuencia	Porcentajes
Familia funcional 7-10 puntos	25	39.68
Familia moderadamente disfuncional 4-6 puntos	33	52.39
Familia severamente disfuncional 0-3 puntos	5	7.93
totales	63	100

De acuerdo a su Adaptabilidad en el grupo de pacientes controlados se encontró que el 76.65 % respondió como casi siempre (tabla IV)

Pregunta: Me satisface que yo pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.

Tabla IV Adaptabilidad pacientes controlados

Adaptabilidad	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	1	0.48
Algunas veces	11	22.87
Casi siempre	36	76.65
total	48	100

De acuerdo a su adaptabilidad en el grupo de pacientes descontrolados se encontró que el 61.90 % respondió como algunas veces (tabla V)

Pregunta: Me satisface que yo pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.

Tabla IV Adaptabilidad pacientes descontrolados

Adaptabilidad	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	6	9.52
Algunas veces	39	61.90
Casi siempre	18	28.57
total	63	100

De acuerdo a su participación en el grupo de pacientes controlados se encontró que el 76.17 % respondió como casi siempre. (tabla VI)

Pregunta: Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas

Tabla VI Participación pacientes controlados

Participación	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	1	0.48
Algunas veces	12	23.35
Casi siempre	35	76.17
total	48	100

De acuerdo a su participación en el grupo de pacientes descontrolados se encontró que el 52.38 % respondió como algunas veces. (tablaVII)

Pregunta: Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas

Tabla VII Participación pacientes descontrolados

Participación	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	3	4.76
Algunas veces	33	52.38
Casi siempre	27	42.85
total	63	100

De acuerdo a su crecimiento en el grupo de pacientes controlados se encontró que el x 68.75 % respondió como casi siempre (tabla VIII)

Pregunta: Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones.

Tabla VIII Crecimiento pacientes controlados

Crecimiento	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	0	0
Algunas veces	15	31.25
Casi siempre	33	68.75
total	48	100

De acuerdo a su crecimiento en el grupo de pacientes descontrolados se encontró que el 63.49 % respondió como algunas veces (tabla IX)

Pregunta. Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones.

Tabla IX Crecimiento pacientes descontrolados

Crecimiento	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	6	9.52
Algunas veces	40	63.49
Casi siempre	17	26.98
total	63	100

De acuerdo a su afecto en el grupo de pacientes controlados se encontró que el 52.08 % respondió como casi siempre (tabla X)

Pregunta Me satisface como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, amor, pena, etc...)

Tabla X Afecto pacientes controlados

Afecto	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	1	2.08
Algunas veces	22	45.83
Casi siempre	25	52.08
total	48	100

De acuerdo a su afecto en el grupo de pacientes descontrolados se encontró que el 65.08 % respondió como algunas veces (tabla XI)

Pregunta Me satisface como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, amor, pena, etc...)

Tabla XI Afecto pacientes descontrolados

Afecto	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	11	17.46
Algunas veces	41	65.08
Casi siempre	11	17.46
total	63	100

De acuerdo a su resolución en el grupo de pacientes controlados se encontró que el 76.17 % respondió como casi siempre (tabla XII)

Pregunta: Me satisface como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, amor, pena, etc...)

Tabla XII Resolución pacientes controlados

Resolución	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	0	0
Algunas veces	13	23.83
Casi siempre	35	76.17
total	48	100

De acuerdo a su resolución en el grupo de pacientes descontrolados se encontró que el 55.55 % respondió como algunas veces (tabla XIII)

Pregunta Me satisface como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, amor, pena, etc...)

Tabla XIII Resolución pacientes descontrolados

Resolución	Pacientes	Porcentajes
Casi nunca	5	7.95
Algunas veces	35	55.55
Casi siempre	23	36.50
total	63	100

En cuanto al sexo encontramos que los hombres presentan un mayor grado de control 60% mientras que el grupo de mujeres presentaron 33%.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo corrobora que la familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación (34-39). Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido y comprendido fácilmente por personas con educación limitada debido a la semántica empleada en el cuestionario y que en muy poco tiempo se puede completar (40). Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En esas oportunidades el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente (41).

En las sociedades capitalistas periféricas, la familia funciona cada vez menos como unidad de producción y más como unidad reproductiva, no únicamente desde el punto de vista biológico, con patologías genéticas y gineco-obstétricas, sino también económico, que con fenómenos de salud-enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental (41,42).

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto.

Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero (43).

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las

actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones (44-47).

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes.(48,49)

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético con frecuencia son de gran magnitud; aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico, es complicado identificar y documentar los aspectos más relevantes. Una gran parte de lo que se ha escrito acerca de la familia y la diabetes, se relaciona con la diabetes tipo I, (insulino dependiente), existe poca información sobre la familia del diabético tipo II.

La dinámica de la diabetes mellitus tipo II ejerce influencia y es influida por el ámbito familiar. Con un factor de causalidad $RM=13.07$ en relación a un paciente con disfuncionalidad

COMENTARIOS

En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás.

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético requieren del apoyo de la familia, para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas; sin esta ayuda el paciente quizá no dé la prioridad necesaria a su propia asistencia.

La existencia de un patrón de nuclearización de la familia moderna urbana condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario en este tipo de pacientes. La ubicación del 56.75 por ciento de los no controlados en las fases terminales del ciclo familiar; (independencia retiro y muerte), muestra que el problema es más grave de lo que se considera, debido a que el número de personas que pueden ser emocional y económicamente dependientes en la sociedad (ancianos), va en aumento junto con las tasas crecientes de enfermedades crónicas.

La estructura familiar influye en el control del paciente diabético tipo II y en este estudio el porcentaje más elevado de no controlados recae en familias nucleares. Este resultado se relaciona con lo que gran parte de las investigaciones afirman del "aislamiento" de la familia nuclear (no sólo del sistema de parentesco sino también del mundo laboral) y del acercamiento y dependencia entre sus miembros, así como del poco intercambio de apoyo con la red de parentesco. Asimismo, la teoría de Lomnitz y Sussman manifiesta que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua, incluyendo a los parientes enfermos, situación que corroboraría nuestros resultados.

Como se observa en la distribución porcentual de los cinco indicadores del apgar familiar los pacientes con familias funcionales presentaron los porcentajes mas altos de evaluación, corroborada por el análisis estadístico realizado.

En cuanto al papel del paciente en la familia encontramos un considerable número de madres que no están controladas 67% y que, al depender económicamente y tener menor contacto social, frecuentemente dejan el tratamiento para emplear el tiempo y energía al cuidado que requiere su familia y esperan lograr su control metabólico con una intervención mínima o nula de la familia.

Las limitaciones del paciente diabético requieren del apoyo de la familia para superar una serie de barreras en su tratamiento (el costo de asumir el

papel de paciente, ya sea social, psicológico o económico), sin embargo, en estos enfermos se demostró que el logro y conservación de la salud se consideran como una responsabilidad individual; esto se reflejó en los resultados obtenidos al estudiar las actitudes de la familia en cuanto al enfermo, su dieta y su terapia.

Los resultados obtenidos en cuanto a la medición de la funcionalidad familiar, se pueden explicar por el hecho de que este tipo de preguntas invaden la intimidad del individuo y de su familia, y por que las respuestas dadas por ambos se situarían en uno de los errores de respuesta como es la "deseabilidad social".

Aun con los sesgos y limitaciones que pudiera tener este estudio, los resultados obtenidos representan ejemplos claros de la importancia de considerar a la familia como en el análisis de las conductas sociales e individuales que operan en el diabético tipo II. La información obtenida de la valoración de la familia; permiten aportar elementos significativos en el señalamiento de caminos educativos necesarios para la instrumentación de programas pedagógicos en salud (50).

BIBLIOGRAFÍA.

1. – Tusié. La genética de la diabetes tipo 2. Rev. Inv. Clin, Vol. 52, Núm. 3 mayo-junio 2000 : 296-305
- 2.- Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas. México; SSA:2002
- 3.- García R. Comparación de la glicemia en ayuno y dos horas postprandial en el control de pacientes con diabetes tipo 2, Rev. Inv. Clin, Vol. 55, Núm. 1 Enero-Febrero 2003 : 27.
- 4.- Rogers GR The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality J health Soc Behav 1996; 37: 327-338.
- 5.- Maria Eugenia Garza. Atribuciones y creencias de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. IMSS 2003 ; 41 (6): 465
- 6.- Carlos Alberto Alcocer, Cuidados preventivos de los pies pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Med. IMSS 2001; 39 (4): 311-317
- 7.- Sistema de información de atención integral de la salud (SIAS) HGZCMF no. 12
- 8.- Sistema de información Médica operativa.(SIMO) del HGZCMF no. 12
- 9.- Reporte del padrón de integrantes del Modulo del paciente crónico HGZCMF no. 12 (no)
- 10.- Report of the Expert Committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20 1183-1197

- 11.- Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. Rev. Inv. Clín. 2000; Vol. 52 Num. 3 : 325-363
- 12.- Mario Alberto Oviedo Mota, Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2 Rev. Med. IMSS 2003 Vol. 41 (supl): S27-S46.
- 13.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-551-2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes
- 14.- Gómez López et al. Índice de hiperglicemia como indicador del control de la diabetes. Rev Med IMSS 2002 ; 40 (4): 281-284.
- 15.- Encuesta Nacional de enfermedades crónicas degenerativas realizada en 1999 por la secretaria de salud.
- 16.- Gomez j. Sociología. 33ªed. Edit Porrúa México D.F. 2001: 115-143
- 17.- Linton R. La historia natural de la familia. En : Fromm E, horkheimer M. PERSONS t. La familia 5ta. Ed. Barcelona: península. 1978 :5-29.
- 18.- Deutsch M, Krauss RM. Teorías en psicología social. México: Piados México, 1997.
- 19.- Smilkstein G. The physician and family function assessment. Fam. Sist. Med. Australia 1984; 2: 262-278.
- 20.- Hernán SM. Crisis mundial de la salud. 2da. Ed. Editorial Ciencia. Madrid, 1985:73-79
- 21.- Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado Madrid: SARPE. 1983: 121-126 .
- 22.- González Benítez I. Las crisis familiares. Revista Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (3): 270-276.

- 23.- Martines Gómez C. La familia y las necesidades psicológicas del niño. Revista Cubana Med Gen Integr. 1993; 9 (1:67-78.
- 24.- Casillas Ml. Arias Castillo. Mantenimiento de la salud del adolescente. Revista Venezolana y Regional de Atención Medica. Vol.6 Num. 1 enero-diciembre 1998: 1-2
- 25.- José Luis Huerta González. Estudio dela familia PAC MF-1 (4) : 14
- 26.- Virginia Satir. En contacto intimo (como relacionarse consigo mismo y con los demás) 6ta. Reimpresión ed. Árbol SA de CV Colombia. 1994:9-88
- 27.- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina. Diagnostico familiar 4ta. Ed. Editorial Medina, Familiar Mexicana, México 1994:101-108
- 28.- Gabriela Rodríguez Abrego. Disfunción Familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med. IMSS Marzo - Abril 2004; Vol.42 Num.2: Pág.97-102
- 29.- Smilkstein G, Ashoworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J. Fam Pract. 1982 ; 15:303-311.
- 30.- Arias L Herrera JA El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Universidad del Valle, Calí, Colombia. 1994: 25: 26-28
- 31.- Mendizábal-Rodríguez JA. Revista Medica del Hospital general. Vol. 62 Núm. 3 julio-septiembre. Pág. 191-197.
- 32.- Márquez- Contreras E. Revista Atención Primaria. Vol. 15 Núm. 1 Enero 1995 Pág. 30-32.
- 33.- Rodríguez E. Libro guía: Salud Familiar (clips de salud familiar) ISSASCOFAME Código de biblioteca CES wa-310.s 3-90. ej 3
34. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. Fam Syst Med 1986; 4: 135-323.

35. Rahe R, Meyer M. Social stress and illness onset. *J Psychosom Res* 1964; 8: 35-44.
36. Meyer R, Haggerty RJ. Streptococcal infections in families. *Pediatrics* 1962; 29: 539-49.
37. Clover RD, Abell TD, Becker LA, et al. Family functioning and stress as predictors of influenza B infection. *J Fam Pract* 1989; 28: 535-39.
38. Smilkstein G. The patient, the family and the biopsychosocial model. *Fam Med* 1988; 6: 7.
39. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.
40. Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med* 1984; 2: 262-78.
41. Lasch C. Refugio en un mundo despiadado. La familia santuario o institución asediada. Barcelona España: Ed. Gedisa, 1984: 239-250.
42. Anderson M. La familia, el hogar y la revolución industrial. En: Anderson M, comp. *Sociología de la familia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1980: 16-17.
43. Pérez U, Almonte VM. La familia como sistema, consideraciones acerca del rol padre madre. *Rev Chilena Pediat* 1981; 56 (6): 480-486.
44. Meissner WW. Family dynamics and psychosomatic process. *Family Process* 1966; (5): 142-161.

45. Valadez I, Aldrete G. La familia como unidad de autoatención. Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990; 19: 15-17.
46. Rodney MC. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza Universidad, 1984: 111-139.
47. Williams JI, Leaman T. Estructura y función de la familia. En: Howard C. Medicina familiar. México, D.F.: Interamericana, 1974: 64-72.
48. Brand J, Maymhen C. Fogarty systems therapy a four dimensional concept of selfed. Washington D.C.: Groome Child Guidance Center, 1971.
49. Harwitz NC et al. La familia y la salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985; 98(2): 144-153.
50. Strowig S. La educación de pacientes, un modelo para la toma de decisiones autónomas y para la acción deliberada en la autoasistencia de la diabetes En: Clínicas Médicas de Norteamérica. México, D.F.: Interamericana, 1979: vol.7: 1246-1255.

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HGZCMF No. 12
CD. LAZARO CARDENAS MICHOACAN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS 2 No. DE PROYECTO _____

NOMBRE _____ No. AFIL _____

OCUPACIÓN _____ EDAD _____ SEXO _____

NUM. ENCUESTA _____ CICLO VITAL DE LA FAMILIA _____

1.- ME SATISFACE QUE YO PUEDA RECURRIR A MI FAMILIA EN BUSCA DE
AYUDA CUANDO ALGO ME PERTURBA.

- CASI SIEMPRE ()
- ALGUNAS VECES ()
- CASI NUNCA ()

2.- ME SATISFACE EL MODO COMO MI FAMILIA CONVERSA CONMIGO SOBRE
DIVERSAS CUESTIONES Y COMPARTE LOS PROBLEMAS.

- CASI SIMPRE ()
- ALGUNAS VECES ()
- CASI NUNCA ()

3.- ME SATISFACE QUE MI FAMILIA ACEPTA Y APOYA MIS DESEOS DE
EMPRENDER NUEVAS ACTIVIDADES O TOMAR NUEVAS DIRECCIONES.

- CASI SIMPRE ()
- ALGUNAS VECES ()
- CASI NUNCA ()

4.- ME SATISFACE COMO MI FAMILIA EXPRESA SU AFECTO Y RESPONDE A
MIS EMOCIONES (IRA, AMOR, PENA, ETC...)

- CASI SIMPRE ()
- ALGUNAS VECES ()
- CASI NUNCA ()

5.- ME SATISFACE LA FORMA COMO MI FAMILIA Y YO COMPARTIMOS EL
TIEMPO.

- CASI SIMPRE ()
- ALGUNAS VECES ()
- CASI NUNCA ()

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HGZCMF No. 12 LAZARO CARDENAS MICHOACÁN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

LAZARO CARDENAS MICH. A _____ DE _____ DEL 2004

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN CON NUM _____

EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES IDENTIFICAR LA RELACION ENTRE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y EL DESCONTROL GLICÉMICO DE LA DEABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL MODOLO DEL PACIENTE CRÓNICO DEL HGZCMF NO. 12 DE LA CD. LAZARO CARDENAS MICHOACÁN.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO CONSISTIRA EN CONTESTAR UNA ENCUESTA DE 5 PREGUNTAS NO EXISTIENDO DOLO NO PRESION ALGUNA PARA QUE LAS CONTESTE.

PACIENTE _____

No. DE AFILIACIÓN _____

FIRMA