



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1
ZACATECAS, ZACATECAS.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA: CLAUDIA MARIBEL SANCHEZ HERNANDEZ

ZACATECAS; ZAC. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA
EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

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

DRA:CLAUDIA MARIBEL SANCHEZ HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

**DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO.
ASESOR METODOLOGICO Y CLINICO DE TESIS**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 1**

DR. JOSE ARMANDO PEREZ RAMIREZ

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No1 ZACATECAS, ZACATECAS.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA
EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

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

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA MARIBEL SANCHEZ HERNANDEZ.

AUTORIZACIONES:

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

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

INDICE

1.- ANTECEDENTES.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3.-PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	12
4.- JUSTIFICACION.....	13
5.- OBJETIVOS.....	14
5.1.- Objetivo General	
5.2.- Objetivos Específicos	
7.- METODOLOGIA.....	15
7.1 Tipo de Estudio.....	15
7.2 Población de estudio:.....	15
7.2.1 población	
7.2.2 Lugar	
7.2.3Tiempo	
7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	15
7.3.1 Técnica muestral.	
7.3.2 Tamaño de la muestra.	
7.4 Criterios de selección.....	16
7.4.1Criterios de inclusión.	
7.4.2Criterios de exclusión	
7.5 Variables a recolectar.....	16
7.5.1Variable dependiente.	
7.5.2Variable independiente	
7.5.3 Operacionalizacion de variables.....	17
7.6 Método o procedimiento para captar la información.....	23
7.6.1 Procedimiento para captar la información.	

7.7 Instrumentos de recolección de datos.....	24
7.8 Consideraciones éticas	25
8.-RESULTADOS.....	26
9.-DISCUSION.....	46
10.-CONCLUSIONES.....	48
11.- ANEXOS.....	49
Anexo. 1 Carta de consentimiento de informado	
Anexo 2. Cédula de recolección de información.	
Anexo 3 .Cuestionario IMEVID.	
Anexo 4. Cuestionario Apgar Familiar.	
Anexo 5.Método de Graffar	
12.-BIBLIOGRAFIA.....	54

INTRODUCCIÓN

Hoy con la etapa actual de desarrollo de la medicina son pocos los médicos familiares que siguen ignorando la relación que existe entre el paciente y la familia, ya que esta influye en el bienestar del paciente enfermo al apoyarlo reduce el estrés del individuo y esto ayuda a que la enfermedad sea mas llevadera.

Los medicamentos son muy importante para mantener controladas las enfermedades, pero se debe de tener en mente que existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de instrucción del paciente sobre su enfermedad (Ashner 2001-2002).

Un paciente enfermo es un ser social y por tal motivo en su vida el bienestar familiar o el apoyo de la familia es otro factor muy importante que pocos médicos familiares no lo toman en cuenta.

Existen diversas enfermedades crónicas, una de ellas es la DM 2 la cual afecta tanto al paciente como a la familia y por tal motivo se tiene que dar apoyo a las dos partes para tener una mejor calidad de vida del paciente.

En México la DM 2 constituye un problema de salud pública, La prevalencia en el norte del país es del 9 % en las poblaciones urbanas y de 3.2 % las rurales. El principal problema de la Diabetes mellitus, es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológico relacionadas con el grado de control metabólico; y en su dinámica familiar intervienen fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás; en cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. En la actualidad se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales . En las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que

atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica

El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Puesto que la diabetes mellitus requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la 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.

1.- MARCO TEORICO

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por alteraciones en el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas derivada de las deficiencias en la secreción o la acción de la insulina.

Según la NOM-015-SSA -2 1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes la define como una alteración del metabolismo de la glucosa, es una enfermedad sistémica crónico degenerativa, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y se caracteriza por hiperglicemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono proteínas y grasas.

En la DM 2 hay capacidad residual de secreción de insulina pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante.ⁱ

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en el 2030 y la mayoría vive en países en desarrollo y cerca del 80% de los años de vida perdidos por discapacidad a causa de la diabetes ocurre en los países pobres.

Para el año 2000 se calculó que el número de diabéticos en América fue de 35 millones cifra que se incrementará a 64 millones en 2025 y el 52% de los diabéticos viven en América latina y el caribe.ⁱⁱ

Alrededor de un 8.2 % de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de los cuales poco más de 1 millón no han sido diagnosticadas.

Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada.¹

Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general. En cuanto a la demanda de servicios hospitalarios, la diabetes mellitus se ubica dentro de los principales motivos de demanda y el segundo lugar en la consulta de Medicina Familiar y el primer lugar en la consulta de segundo nivel en especialidades troncales. La

mortalidad por diabetes mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como en mujeres y provoca una cantidad muy importantes de años de vida saludable perdidos. Así mismo la coloca dentro de las enfermedades de mayor costo social y carga financiera para las instituciones de salud. Es un problema de salud pública debido a que el 50% de los afectados se desconoce como tal y entre el 20-90% de los que saben de su enfermedad no reciben o no cumplen con el tratamiento, y el 68% de los casos es diagnosticada de manera casual, tardía y con complicaciones.²

En México y en el Seguro Social la diabetes origina una creciente demanda de servicios de salud.ⁱⁱⁱ

En el IMSS a nivel nacional en el 2006 ocupa el tercer lugar en la consulta de primer nivel y el primer lugar en consulta de especialidad. Se otorgaron 7,779,198 consultas de las cuales 111,906 fueron de primera vez y 7,667,292 subsecuentes, Con una tasa de 57.¹

A nivel delegacional ocupa el 2º lugar en la consulta de medicina familiar²

Y el primero en la consulta de especialidad, en el año 2006.³

Se dice que anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente y que por cada diabético que muere, se detectan siete nuevos casos de enfermedad, la mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del norte que en el sur. En Zacatecas se diagnosticaron 1050 casos nuevos.⁴

La detección además de servir para identificar a los diabéticos no diagnosticados también permite localizar a los individuos con alteraciones de la

Familiar. <<http://www.imss.gob.mx>.

² Información Estadística en Salud .Diez principales causas de demanda de consulta externa de Medicina Familiar. <<http://www.imss.gob.mx>.

³ Información Estadística en Salud. Morbilidad de consulta externa de Especialidades. <<http://www.imss.gob.mx>

⁴ . Moreno-Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Rev Fac Med UNAM;(44):35-37 enero-febrero 2001.

glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esta situación.¹

Los criterios diagnósticos para Diabetes Mellitus son:

- 1.-Presencia de síntomas clásicos como poliuria, polidipsia, polifagia.
- 2.-Glucemia plasmática casual mayor de 200mg/dl.
- 3.-Glucemia capilar en ayuno mayor de 126 mg/dl.
- 4.-Glucemia mayor de 200 mg/dl a las 2 hrs después de una carga oral de 75gr de glucosa disuelta en agua.

Se considera una glucosa anormal en ayuno cuando:

- 1.- La glucosa plasmática es mayor de 110mg/dl y menor de 126 mg/dl.

Se considera intolerancia a la glucosa cuando:

- 1.-La glucosa plasmática a las 2 hrs poscarga es mayor a 140mg/dl y menor de 200 mg/dl. ¹

La susceptibilidad genética se reconoce como un factor predisponente para el desarrollo de la enfermedad ya que se comporta como predictor de los trastornos en la insulina y contribuye a la aparición del síndrome metabólico.⁵

Así mismo es necesario identificar otros factores de riesgo para desarrollar DM 2 en familiares de los enfermos principalmente los modificables como el sobrepeso, la obesidad, sedentarismo, tabaquismo y la dieta. La combinación de estos aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad de manera más temprana.⁶

Desde el momento del diagnóstico, el paciente inicia un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad crónica degenerativa; en el imaginario social, a este tipo de enfermedad por lo regular se le asocia con ceguera, infartos, afectaciones graves de los riñones, derrames cerebrales, amputaciones, diálisis peritoneal y muerte.

⁵ Maíz, Alberto. El síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. Boletín de la Escuela de Medicina 2005 ;(30):25-30.

⁶ Cuevas-Alvarez NA, Vela –Otero Y, Carrado-Bravo T. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. rev Med INST Mex Seguro Soc 2006;44(4):313-320.

En esta enfermedad crónica su desarrollo no avanza a la curación sino hacia el control adecuado buscando prevenir complicaciones.

Dicho control depende necesariamente de una serie de cambios que el individuo debe realizar en sus conductas frente al padecimiento como son cambios en el estilo de vida como la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante circunstancias que provocan estrés emocional.⁷

ESTILO DE VIDA

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80s del siglo pasado, el estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo, por el contrario hace mucho tiempo este concepto a sido un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como la forma de vida de las personas y de los grupos (pastor 1999).

El enfoque sociológico se consideraba que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad y el individuo y a su personalidad. A mediados del siglo XX la antropología abordó los estudios de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biológico, definiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad,

⁷ Gaytán –Hernández AI, García de Alba-García J. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(2):113-120.

recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (Erben, Franzkowiak y Wenzel,1992).

En la 31 Sesión del Comité Regional de la OMS para Europa se ofreció una definición del estilo de vida que lo describía como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales(WHO,1986) Y aunque no se introdujo una definición concreta para el termino de etilo de vida saludable, esta conceptualizacion de estilo de vida en general a servido de base a los investigadores para clasificar este término.

Aunque no existe una definición concreta, la mayoría de los autores definen los estilos de vida saludable como un conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas. En lo que no todos coinciden es determinar los patrones conductuales elegidos voluntaria o involuntariamente por las personas. Mientras que el modelo médico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, los autores de orientación psicosocial entienden la elección como la involuntaria en cierta medida ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento de los estilos de vida.⁸

La diabetes mellitus tipo 2 es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medicación es una prioridad de los médicos que atienden a pacientes con DM2, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros ,se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores, puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural.

Existen pocos instrumentos disponibles para medir estilo de vida pero para aplicarse a la población en general y no a personas con enfermedades

⁸ Gomez JR, Jurado MI, Hernan Viana-Montaner B, Da-Silva ME, Hernandez-Mendo A. Estilos y calidad de vida. <<http://.efdeportes.com/Revista Digital-Buenos Aires-Año 10-No 90-Noviembre 2005>.

específicas. Dos de los más conocidos son el FANTASTIC y el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP), su utilización clínica ha sido escasa, por lo que se ha diseñado otro instrumento de autoadministración en español denominado IMEVID (instrumento para medir estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2) el cual es fácil de contestar por los encuestados y fácil de calificar por el personal de salud, puede aplicarse de manera rápida y obtener información confiable sobre algunos componentes del estilo de vida que pueden ser de importancia para el curso clínico de la enfermedad, permitiendo identificar conductas de riesgo, aceptadas como ciertas por los pacientes que puedan ser potencialmente modificables mediante consejería específica o integración de los sujetos que lo requieran a grupos de autoayuda. Es un cuestionario con validez lógica y de contenido, así como consistencia interna y externa.⁹

Existe un estudio sobre estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: validación por constructo del IMEVID donde el objetivo fue evaluar la validez de constructo de un instrumento para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde se pudo constatar, que los pacientes con mejores estilos de vida, tienen cifras menores de colesterol, triglicéridos, hemoglobina glucosilada, e índice de masa corporal, etc., por lo que se puede concluir que el IMEVID tiene validez (MARTINEZ-BERMUDEZ)¹³

Existe otro instrumento llamado cuestionario diabetes 39 el cual el objetivo es medir la calidad de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) en donde los resultados arrojaron peor calidad de vida asociada a

⁹ López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México* 2003; 45 (004).
Stephen J, McPhee, Maxime A, Papadakis. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. 39 a ed. México, Manual moderno, 2004. 11 p.

complicaciones tardías de la diabetes, así como a un colesterol total mayor de 240, comorbilidad con más de 2 enfermedades y una evolución mayor a 10 años, por lo que también se ha considerado un instrumento válido y confiable pero para medir calidad de vida (LOPEZ-CARMONA)¹⁴

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con diabetes mellitus, el manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente a la conducta y a los estilos de vida, por lo que juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes, y si lo manejan en una forma adecuada tendrán más años de vida saludables.¹⁵

La Diabetes mellitus se presenta como una de los principales problemas que demandan servicios y que tiene una repercusión en la calidad de vida de los pacientes, en un estudio realizado en la ciudad de Monterrey sobre calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 se registró una alta frecuencia de obesidad y descontrol glucémico por lo que muestra un pobre control de la enfermedad.¹⁶

Considerando que la Diabetes Mellitus tipo 2 es una patología de elevada morbimortalidad debido a las complicaciones micro vasculares, ya que el paciente diabético tiene un riesgo 40 veces mayor de amputación que la población en general, 20 veces mayor de ceguera, 2 y 5 veces mayor, de accidente vascular encefálico y entre 2-3 veces mayor de infarto agudo al miocardio, sin embargo su mortalidad se debe a complicaciones macro vasculares, se ha observado un aumento en la prevalencia de la obesidad durante los últimos años y con esto una clara asociación con la prevalencia de la DM-2 esto, asociado a la insulinoresistencia siendo uno de los factores que confieren mayor riesgo. por lo que se han creado estrategias orientadas principalmente a disminuir la insulinoresistencia, estas incluyen tanto intervenciones no farmacológicas como farmacológicas en el tratamiento de la obesidad y la DM-2.¹⁷

Los factores dietéticos y la falta de actividad física suficiente, ocupan el segundo lugar entre los factores más importantes que contribuyen a las muertes prevenibles, seguidos únicamente por el uso del tabaco. Un estilo de vida sedentario se ha relacionado con 28% de las defunciones debidas a las principales enfermedades crónicas, por lo que se recomienda ejercicio 30 minutos o más de 3 a 5 veces por semana.

El control de la glucosa mejora en los diabéticos que se ejercitan de manera regular, incluso en grado moderado.¹⁸

Es indispensable educar al paciente, para que tenga un estilo de vida deseable, indispensable para el tratamiento. El manejo no farmacológico es la base para el tratamiento de los pacientes y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física diaria, así como evitar tabaquismo, alcoholismo, informar al paciente sobre su enfermedad y una adherencia terapéutica adecuada, es responsabilidad del médico apoyado por un equipo multidisciplinario a inducir al paciente a que adopte estas medidas. 1

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Según la Organización mundial de la salud (OMS) define a la familia como a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

La Lengua Española dice " la familia es un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas". Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. Hijos o descendencia. Conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común.

La funcionalidad familiar se define como la capacidad del sistema familiar para resolver sus problemas en forma efectiva.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. ¹⁹

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

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás.²⁰

DISFUNCION FAMILIAR

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque 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 mantener el soporte emocional como vehículo de socialización.²¹

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permiten revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. ²⁰

En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo.

El diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares, permiten dar orientación, para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto 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. ²¹

El apgar familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y es útil en la identificación de familias de riesgo. ²²

Tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. ¹⁹

La enfermedad tiende a la cronicidad e incluso se convierte en terminal y esto favorece que el paciente sea etiquetado como diferente ya sea por el tipo de expectativa que posee, por las nuevas necesidades de cuidado y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, afectando el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos.

La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no solo impacta el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad.

La aparición de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus y sus complicaciones en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema, tanto en el funcionamiento, como en su composición, podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de los miembros.²³

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a que la Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que existen alrededor de 171 millones de diabéticos en el mundo y se estima que en el 2030, se incremente a 370 millones y en nuestro país existen más de 4 millones de personas enfermas, de las cuales, solo poco más de 1 millón ha sido diagnosticada y el resto se desconoce como tal. El 68% de los casos es diagnosticada de manera casual, tardía y con complicaciones. Y del 20-90 % de los que saben de su enfermedad no reciben o no cumplen con el tratamiento. Pese a que, desde el momento del diagnóstico, el paciente inicia un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad como ésta. La diabetes mellitus tipo 2, es una de las enfermedades de mayor costo social y carga financiera para las instituciones de salud, ocupa el segundo lugar en la demanda de consulta tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel y ocupa el tercer lugar dentro de la mortalidad general.

A nivel delegacional ocupa el tercer lugar en la consulta de medicina familiar y el primer lugar en la consulta de especialidad y se diagnosticaron 1050 casos nuevos .

En la UMF No 29 de Luis Moya, según el sistema de información de atención integral de la salud existen 108 pacientes registrados con DM 2 lo que corresponde a una prevalencia del 4.9%

En el imaginario social a este tipo de enfermedad se le asocia con ceguera, infartos, afecciones graves de los riñones, embolias o derrames cerebrales, amputaciones, diálisis peritoneal y muerte debido a que a diferencia de otras enfermedades, la diabetes mellitus tipo 2 no avanza hacia la curación si no hacia el control adecuado buscando prevenir sus complicaciones. Este control, depende de una serie de cambios que el individuo debe realizar en sus conductas frente al padecimiento, además de las indicaciones terapéuticas y farmacológicas, los cambios o modificaciones involucran aspectos de los hábitos cotidianos más profundamente interiorizados en el estilo de vida como:

la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante circunstancias que provocan estrés emocional.

Puesto que la diabetes mellitus tipo 2 requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno, otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose, casi siempre a los integrantes de la 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.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿CUAL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2?

4.-JUSTIFICACION.

En el Instituto Mexicano del Seguro social la diabetes mellitus tipo 2 ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primer lugar en la de especialidad troncal.

El desarrollo de este estudio nos permitirá conocer el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su funcionalidad familiar como causas de descontrol metabólico del paciente, de esta manera se podrá desarrollar una estrategia en medicina familiar para identificar componentes del estilo de vida desfavorables para el curso clínico de la diabetes mellitus tipo 2 y decidir de manera conjunta intervenciones o estrategias específicas para modificarlas y así evitar o retrasar las complicaciones crónicas de la enfermedad que al final repercuten en el funcionamiento familiar y en el control metabólico.

5.- OBJETIVOS

5.1.-OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la funcionalidad familiar y el estilo de vida de los paciente con diabetes mellitus tipo 2.

5.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a).-Determinar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de Medicina Familiar numero 29.
- b) Evaluar el control metabólico del paciente con diabetes mellitas tipo 2
- c).-Evaluar el estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- d).-Identificar pacientes con funcionalidad familiar.
- e).-Identificar pacientes con disfunción familiar.

7.-METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

- a).-tiempo de ocurrencia: Prospectivo.
- b).-secuencia: transversal.
- c).-según análisis: descriptivo.

7.2 POBLACION DE ESTUDIO

7.2.1 POBLACION:

108 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscrita a la UMF # 29

7.2.2. LUGAR:

Unidad de Medicina Familiar No 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Luís Moya Zacatecas

7.2.3 TIEMPO:

En el período del 01 de enero al 30 de octubre del 2007.

7.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

7.3.1 TECNICA MUESTRAL:

La Unidad de Medicina Familiar numero 29 de Luís Moya Zacatecas cuenta con una población de 2847 derechohabientes de los cuales 2201 están adscritos al medico familiar, de estos 108(4.9%) son diabéticos registrados en la unidad por lo que se tomó como muestra todo el censo nominal debido a que la población es pequeña y el objetivo es estudiar a todos los pacientes diabéticos tipo 2 registrados en la unidad.

7.3.2TAMAÑO:

Los 108 pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con DM tipo 2 de la UMF No 29 que acepten participar en el estudio.
- ambos sexos.

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con DM tipo 1.
- Pacientes con diabetes mellitus gestacional.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo Mody.
- Pacientes con síndrome de Resistencia a la Insulina.
- Pacientes con síndrome de Jairan.
- Pacientes dados de baja del IMSS.
- Pacientes que no acudan regularmente a consulta
- Pacientes fallecidos.

7.5 VARIABLES A RECOLECTAR.

7.5.1 VARIABLES DEPENDIENTES:

- Control metabólico

7.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

Sociodemográficos:

.Edad.

.Sexo

.Ocupación

.Estado civil

.Nivel socioeconómico.

.Tipo de familia.

.Estilo de vida .Funcionalidad familia

7.5.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TIPO DE VARIABLE	INDEPENDIENTE
NOMBRE DE LA VARIABLE	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
DEFINICION CONCEPTUAL	Es la capacidad del sistema familiar para resolver sus problemas en forma efectiva
DEFINICION OPERACIONAL	Disfunción grave 00-03 Disfunción moderada 04-06 Familia funcional. 07-10
ESCALA DE MEDICION	Nominal
FUENTE DE INFORMACION	El instrumento de medición Apgar Familiar (19)

TIPO DE VARIABLE	INDEPENDIENTE
NOMBRE DE LA VARIABLE	ESTILO DE VIDA(12)
DEFINICION CONCEPTUAL	<p>Es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.</p> <p>Un conjunto de patrones conductuales que posee repercusiones para la salud de las personas.</p>
DEFINICION OPERACIONAL	<p>Resultado obtenido de la aplicación de instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos y que valora los estilos de vida en cuanto a nutrición, actividad física consumo de tabaco y alcohol, emociones, información sobre diabetes, información sobre diabetes y adherencia terapéutica</p>
ESCALA DE MEDICION	Dicotómica
FUENTE DE INFORMACION	Instrumento de medición IMEVID
CATEGORIAS	<p>Conducta deseable. 100 puntos.</p> <p>Conducta indeseable. <100puntos.</p>

TIPO DE VARIABLE	INDEPENDIENTE
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE FAMILIA
DEFINICION CONCEPTUAL	La familia es la unidad básica de la sociedad y se concibe como un sistema compuesto por elementos que se encuentran interactuando entre si
DEFINICION OPERACIONAL	De acuerdo al esquema de clasificación integral de la familia
ESCALA DE MEDICION	Nominal, policotomica
CATEGORIA.	Por su desarrollo moderna y tradicional. Por su demografía rural o urbana. Por su integridad: integrada, semintegrada y desintegrada Por su estructura: nuclear, extensa, extensa compuesta y monoparental.

EDAD:

Definición conceptual:	El tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta la actualidad
Definición operacional:	La que refiere el paciente al momento del estudio.
Escala de medición:	Numérica o escalar
Categorías:	años cumplidos

SEXO:

Definición conceptual: Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.

Definición operacional: De acuerdo a sus características fenotípicas.

Escala de medición: Nominal dicotómica.

Categorías: Femenino, masculino.

OCUPACIÓN:

Definición conceptual: Relativo a la actividad o trabajo realizado por el individuo asalariado

Definición operacional: Actividad que desempeña el paciente al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal policotómica

Categorías: Hogar, Pensionado, Obrero, Patrón, Jornalero

ESTADO CIVIL:

Definición conceptual: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Es el estado o condición civil que refiere la persona en el momento del estudio.

Escala de medición: Nominal, policotómica.

Categorías: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Definición conceptual: Es el estado que guarda el individuo en la sociedad

de acuerdo a su economía.

Definición operacional: De acuerdo al método de Graffar

Escala de medición: Nominal

Categorías:

Estrato alto (4 a 6 puntos),

Medio alto (7 a 9),

Medio bajo 10- 12)

Obrero (13 a 16)

Marginal (17 a 20).

TIPO DE VARIABLE:	DEPENDIENTE.
NOMBRE DE LA VARIABLE	CONTROL METABOLICO DE DIABETES MELLITUS TIPO2
DEFINICION CONCEPTUAL	Paciente diabético que presenta de manera regular niveles de glucemia capilar en ayuno ,entre 80mg/dl y < 110mg/dl, así como colesterol total < de 200mg/dl, triglicéridos <240mg/dl y una TA menor o igual 130/85
DEFINICION OPERACIONAL	Glicemia 80mg/dl-<110mg/dl. Colesterol < 200mg/dl Triglicéridos <240mg/dl TA menor o igual a 130/85
ESCALA DE MEDICION	Escarlar
FUENTE DE INFORMACION	Expediente clínico

7.6 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

7.6.1 PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

Una vez identificados los 108 pacientes de acuerdo al censo de diabéticos con los que cuenta la unidad medica familiar No 29 ubicada en la cabecera municipal de Luis Moya Zacatecas, se les invito a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión a participar en el presente estudio, donde se les explico las condiciones del mismo, y que fue de forma voluntaria y confidencial.

El presente estudio se llevo acabo apartir del 1º de enero al 30 de octubre del 2007.

Se les aplico la carta de consentimiento informado (anexo 1),la cual fue firmada tanto por el investigador como por el paciente, posteriormente se aplico cedula de recolección de datos(anexo 2) ,instrumento de medición IMEVID (anexo 3) el cual mide estilo de vida en los paciente con diabetes mellitus tipo 2,instrumento de medición APGAR FAMILIAR (anexo 4) mide el grado de funcionalidad familiar y por ultimo el METODO DE GRAFFAR (anexo5) para medir estrato socioeconómico.

Posteriormente se procedio a la toma de tensión arterial con un esfigmomanómetro aneroide debidamente calibrado marca Riester y con el paciente sentado, previo reposo de 5 minutos se utilizo la técnica de medición de tensión arterial y se registro las cifras en la cedula de recolección de datos.

Enseguida se procedio a la toma de una muestra de sangre con su debida asepsia y antisepsia en un tubo de ensayo marca BD vacutainer FERUM el cual fue enviado al laboratorio del Hospital General de Zona No 1 de Zacatecas donde por medio de un test enzimático in Vitro mediante un analizador Roche/Hitachi 917 determino cuantitativamente la glucosa ,colesterol y triglicéridos, las cifras fueron registradas en la cedula de recolección de datos y que posteriormente fueron analizadas.

De acuerdo a los resultados del instrumento de medición Apgar Familiar aplicado se formaron grupos con funcionalidad familiar y con disfunción familiar tomando en cuenta el puntaje obtenido ,así 00-03 puntos Familia con disfunción severa,04-06 familia con disfunción moderada y mayor de 7 familia funcional.

De la misma manera después de aplicado el instrumento de medición IMEVID para medir estilo de vida se clasifico de acuerdo al resultado en deseable cuando obtenga un puntaje de 100 e indeseable a los que obtuvieron menor a este.

El control metabólico se clasifico en controlado a los que obtuvieron resultados de glucosa de 80- 110mg/dl, colesterol < o igual a 200mg/dl , triglicéridos < o igual a 240 mg/dl, así como tensión arterial < o igual a 130/85, y como descontrolado cuando no cumplieron con las cifras mencionadas anteriormente.

La información se analizo en el programa epi-info y en Excel.

7.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Carta de consentimiento informado (anexo 1)

Cedula de recolección de la información (anexo 2)

Instrumento de medición de estilo de vida en diabéticos (anexo 3)

Instrumento de medición con el Apgar Familiar (anexo 4)

Método de Graffar para evaluar el estrato socioeconómico (anexo 5)

7.8 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo se ajustará a los lineamientos de la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto que será revisado para aprobación por el comité de ética, consentimiento informado, reclutamiento y revisión continua de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3º. Incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se someterá al Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General de Zona con medicina Familiar No. 1 IMSS, Zacatecas. La carta de consentimiento de informado. (Anexo 1).

8 RESULTADOS.

Hoy en día las enfermedades crónico degenerativas son un problema de salud publica muy importante dentro de ellas se encuentra la diabetes mellitus. En esta enfermedad se deteriora tanto el paciente como la familia creando así un problema de desunión familiar.

En este estudio de acuerdo al censo de diabéticos con los que cuenta la unidad médica familia No. 29 ubicada en la cabecera municipal de Luís Moya Zacatecas son 108 a los cuales se les invito a participar en esta investigación a todos. De estos solo 82 (75.9%) fueron los pacientes que se incluyeron en el estudio, ya que fueron los únicos que se presentaron periódicamente a revisión a la unidad medica antes mencionada.

En el presente estudio se arrojan los siguientes resultados:

De los 82 pacientes estudiados con promedio de edad de 60 años

Las edades de las pacientes de sexo femenino oscila entre 30 y 85 años, desviación estándar \pm error estándar (11.7608 ± 3.4294) y la de los hombres entre 39 y 85 años (10.2870 ± 3.20734).

El sexo femenino predominó con 57 pacientes (69.5%); el estado civil de la mayoría fue casados con un 74.4%(n=61), viudo 17.1%(n=14),soltero 8.5% (n=7); respecto a la escolaridad destaca notablemente los que no terminaron primaria con una escolaridad baja del 72% (n=59), siguiéndole los analfabetas 14.6% (n=12) y solo con escolaridad alta 13.4% (n=11); en cuanto a la Ocupación predominaron los que se dedican al hogar con un 63.4% (n=52) y los pensionados con un 13.4% (n=11).

En el estrato socioeconómico vemos que la mayoría es obrera con un 64.6% (n=53) y un 29.3% (n=24) es marginal.

En lo que se refiere al tipo de familia según su demografía podemos observar que el 60.6% (n=53) es urbana es decir vive en la misma localidad y un 32.9%(n=27) es rural o vive en comunidades aledañas a la cabecera municipal.

En cuanto a su estructura o composición observamos que el 62.2%(n=51) pertenecen a familia nuclear y el 28% (n=23) a familia extensa.

En lo referente a la evolución de la diabetes mellitus tipo 2 observamos que el 46.3% (n=38) tienen mas de 10 años con la enfermedad y que el 31.7% (n=26) menos de 5 años de evolución; así mismo las cifras de glucosa en los 3 últimos meses encontramos que el 67.1%(n=55) tiene mas de 110 mg/dl y que solo el

32.9% (n=27) están controlados con cifras de 80-110mg/dl; en cuanto a las cifras de colesterol el 63.4% (n=52) tienen menos de 200mg/dl y el 36.6% (n=30) mas de 240 mg/dl; las cifras de triglicéridos el 75.6% (n=62) tienen menos de 240 mg/dl y el 24.4%(n=20) mas de 240 mg /dl; las cifras de tensión arterial encontramos que el 68.3% (n=56) tienen menor o igual a 130/85 y que solo el 30.5% (n=25) mayor a 130/85.

En lo que se refiere a control metabólico observamos que solo el 18.29%(n=15) están controlados y que el 81.7%(n=67) tienen descontrol metabólico.

El estilo de vida de los pacientes en su mayoría con un 98.8% (n=81) fue indeseable y solo 1% deseable, se puede observar que los puntos obtenidos por dominio y por genero las mujeres calificaron mejor que los hombres principalmente en nutrición con 1158 puntos las mujeres contra 606 los hombres.

En cuanto a la funcionalidad familiar encontramos que el 82.9%(n=68) son familias funcionales, el 9.8% (n=8) tienen disfunción moderada y solo el 7.3% (n=6) con disfunción grave.

Cuadro 1

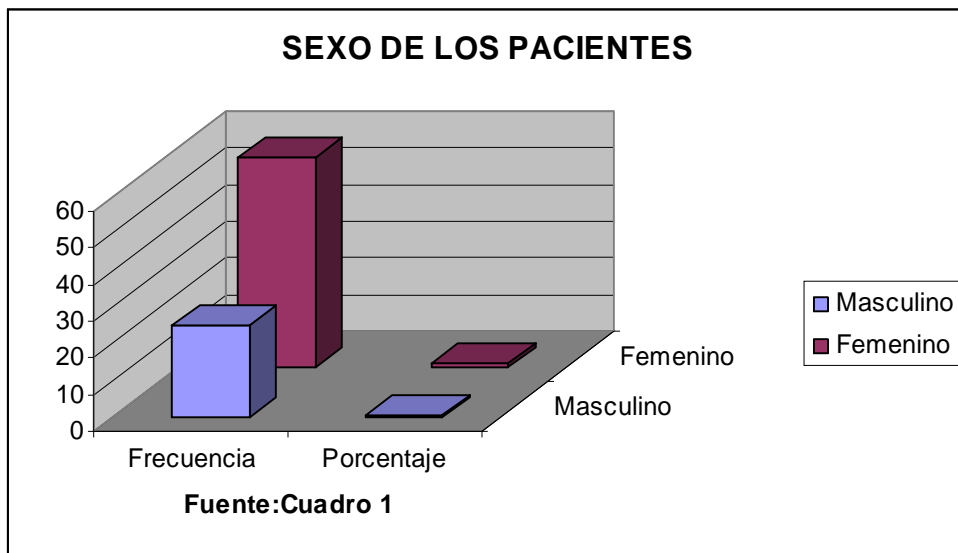
Sexo de los pacientes estudiados en la UMF No29 Luís Moya IMSS, 2007

sexo	Frecuencia	Porcentaje
-------------	-------------------	-------------------

Masculino	25	30.50%
Femenino	57	69.50%
Total	82	100.00%

Fuente: Encuesta directa

Grafica 1



Cuadro 2

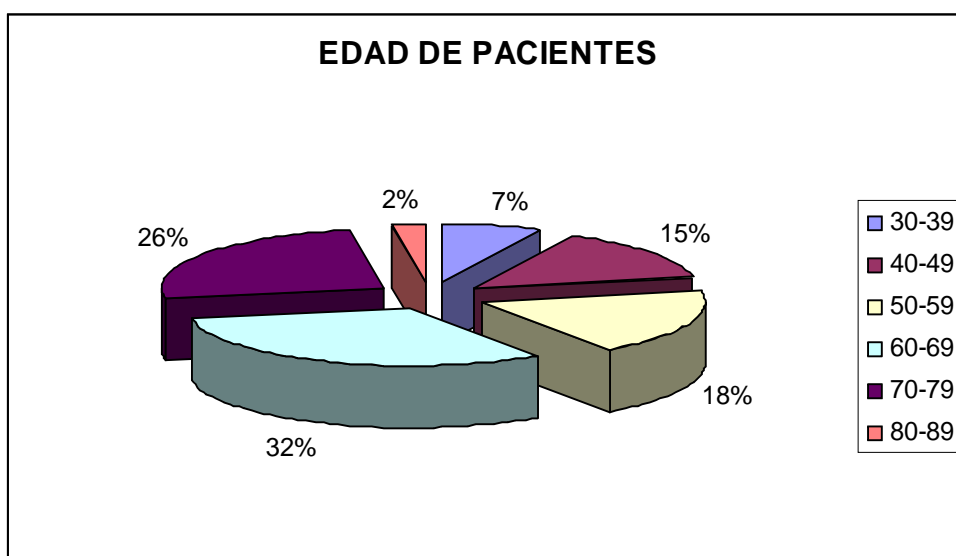
Edad de los pacientes de UMF No29 Luís Moya IMSS 2007

Edad	Frecuencia	Porcentaje.
30-39	6	7.20
40-49	12	14.50
50-59	15	18.20

60-69	26	31.70
70-79	21	25.50
80-89	2	2.40
Total	82	100

Fuente: Encuesta directa.

Grafica 2



Fuente: Cuadro 2

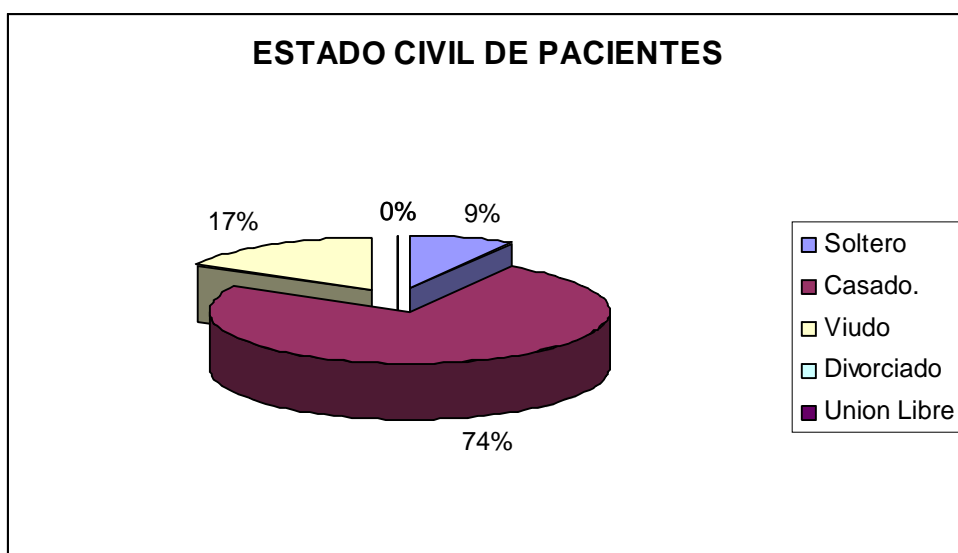
Cuadro 3

Estado Civil de pacientes UMF No 29 Luis moya
IMSS 2007

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	7	8.50%
Casado	61	74.4%
Viudo	14	17.1%
Divorciado	0	0
Unión libre	0	0
Total	82	100%

Fuente: Encuesta directa

Grafica 3



Fuente: Cuadro 3.

Cuadro 4

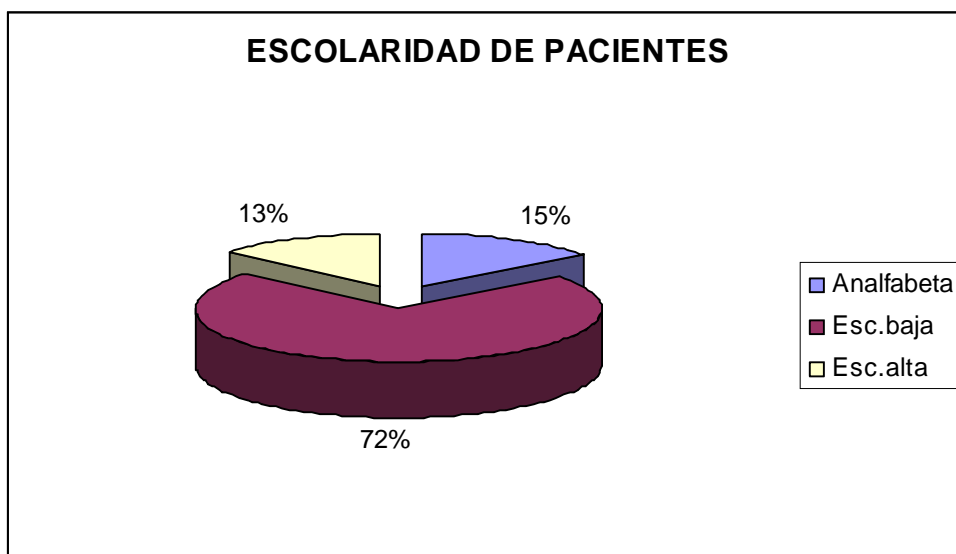
Escolaridad de pacientes UMF No29 Luís Moya
IMSS 2007

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	12	14.60%
Esc.baja	59	72.00%
Esc.alta	11	13.40%

Total	82	100.00%
--------------	----	---------

Fuente: Encuesta directa

Grafica 4.



Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5

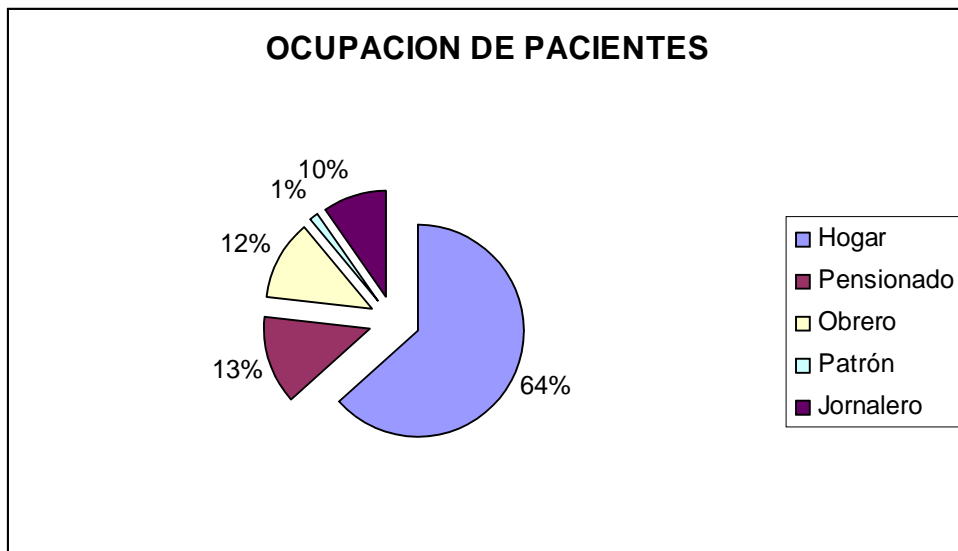
**Ocupación de paciente de UMF No 29 Luís Moya
IMSS 2007**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	52	63.40%

Pensionado	11	13.40%
Obrero	10	12.20%
Patrón	1	1.20%
Jornalero	8	9.80%
Total	82	100.00%

Fuente: Encuesta directa

Grafica 5



Fuente: Cuadro 5.

Cuadro 6.

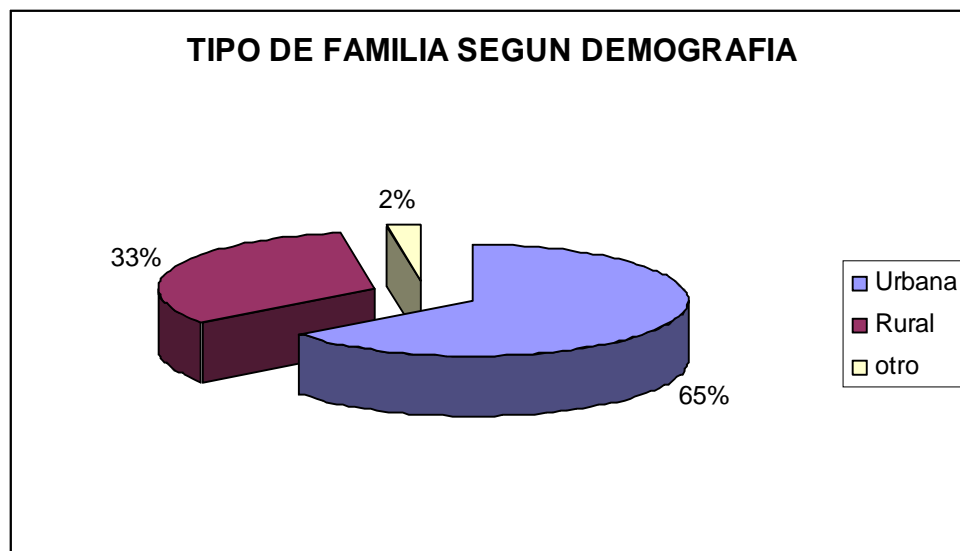
Familia según su demografía UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Familia según demografía	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	53	64.60%
Rural	27	32.90%
otro	2	2.40%

Total	82	100.00%
-------	----	---------

Fuente: encuesta directa

Grafica 6



Fuente: Cuadro 6

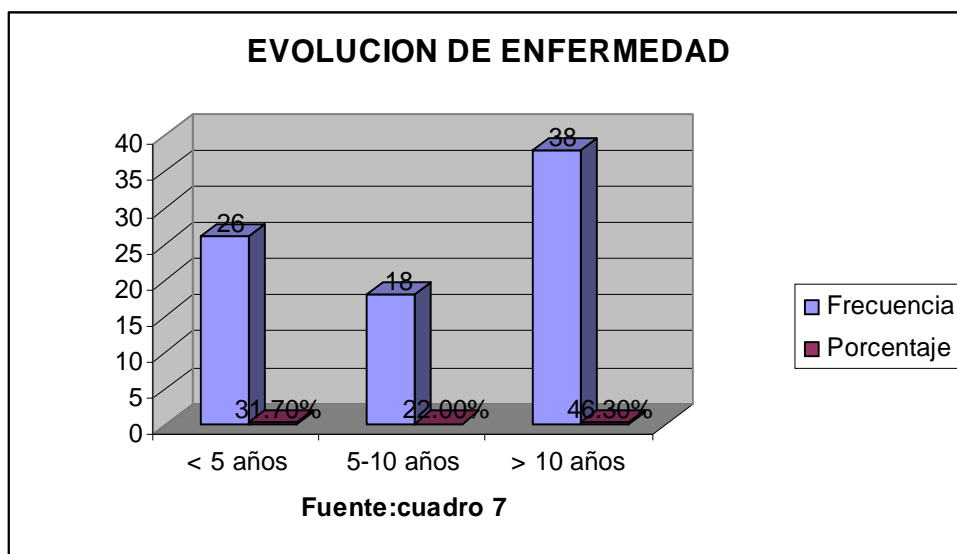
Cuadro 7

Evolución de la enfermedad paciente UMF No 29 IMSS 2007

Evolución	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años	26	31.70%
5-10 años	18	22.00%
> 10 años	38	46.30%
Total	82	100.00%

Fuente: Encuesta directa

Grafica 7.



Cuadro 8

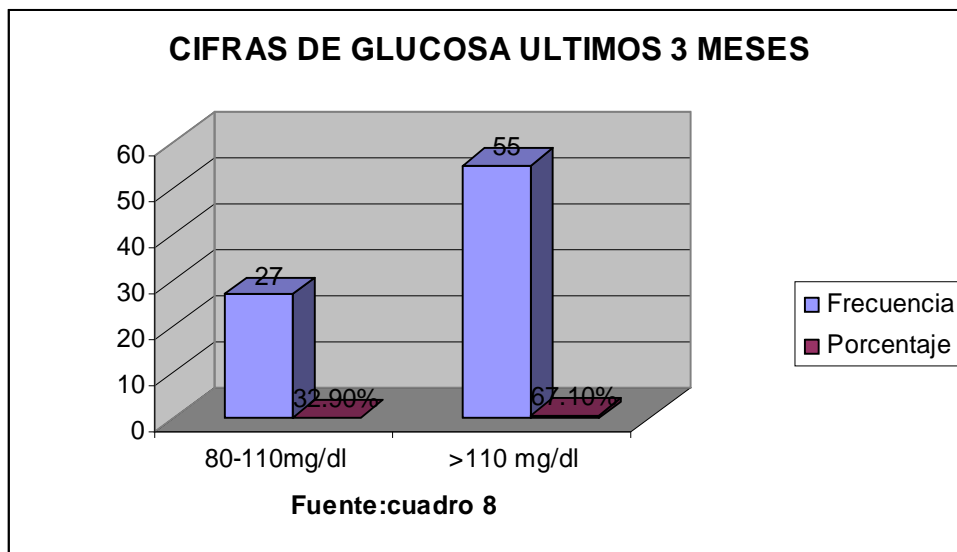
Cifras de glucosa en los últimos 3 meses de pacientes UMF No 29 Luís Moya
IMSS 2007

Glucosa	Frecuencia	Porcentaje
----------------	-------------------	-------------------

80-110mg/dl	27	32.90%
>110 mg/dl	55	67.10%
Total	82	100.00%

Fuente: Reporte de laboratorio

Grafica 8



Cuadro 9

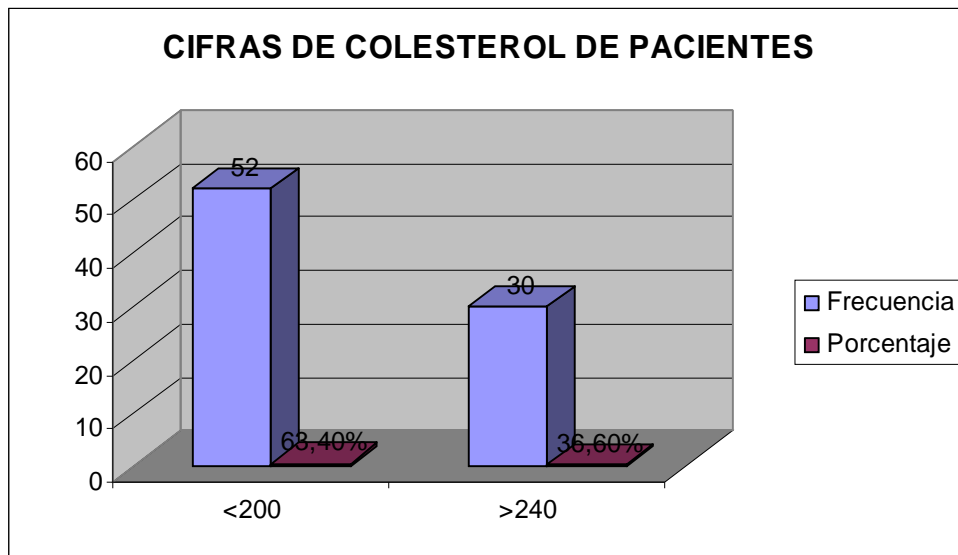
Cifras de colesterol de pacientes de UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Colesterol	Frecuencia	Porcentaje
<200	52	63.40%

>240	30	36.60%
Total	82	100.00%

Fuente: Resultado de laboratorio

Grafica 9



Fuente: cuadro 9

Cuadro 10

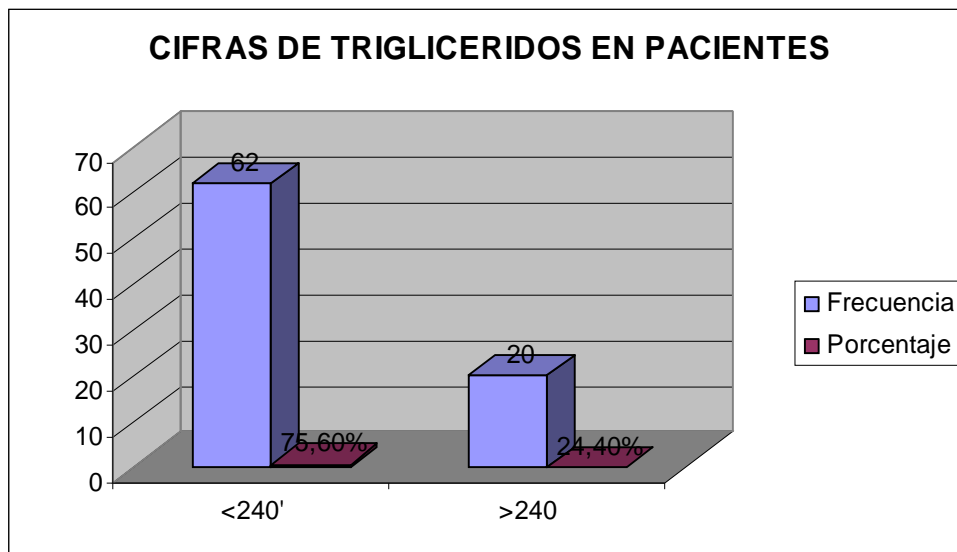
Cifras de triglicéridos en pacientes UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Triglicéridos	Frecuencia	Porcentaje
---------------	------------	------------

<240'	62	75.60%
>240	20	24.40%
Total	82	100.00%

Fuente: Resultado de laboratorio

Grafica 10



Fuente: cuadro 10

Cuadro 11

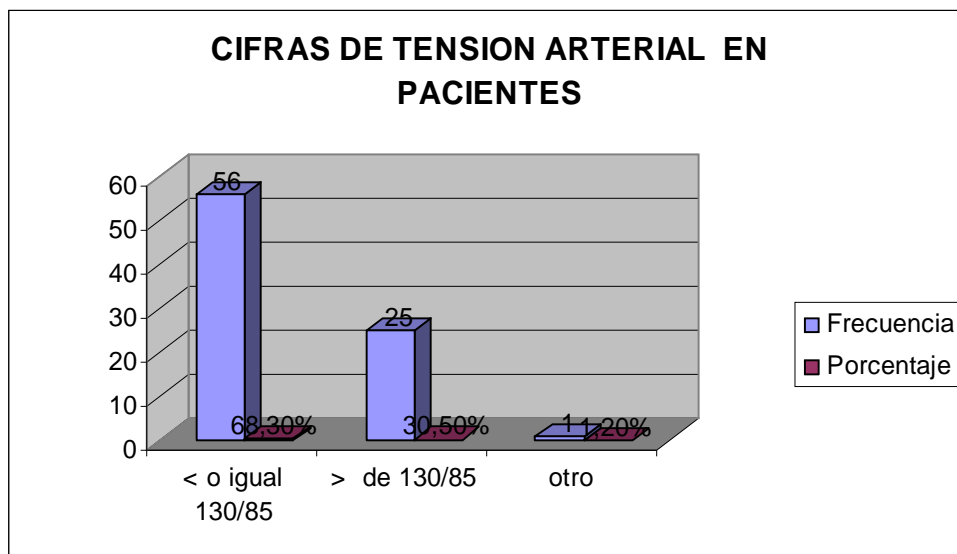
Cifras de Tensión Arterial de pacientes UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Tensión Arterial	Frecuencia	Porcentaje
------------------	------------	------------

< o igual 130/85	56	68.30%
> de 130/85	25	30.50%
otro	1	1.20%
Total	82	100.00%

Fuente: Toma directa por medico

Grafica 11



Fuente: cuadro 11

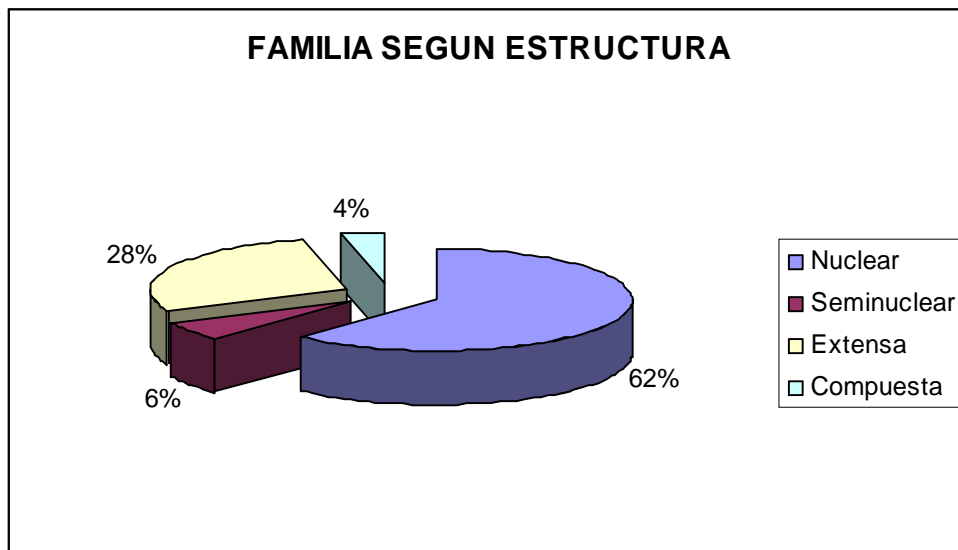
Cuadro 12

Familia según su estructura en pacientes UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Tipo de familia según su estructura	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	51	62.20%
Seminuclear	5	6.10%
Extensa	23	28.00%
Compuesta	3	3.70%
Total	82	100.00%

Fuente: Encuesta directa

Grafica 12



Fuente: Cuadro 12.

Cuadro 13

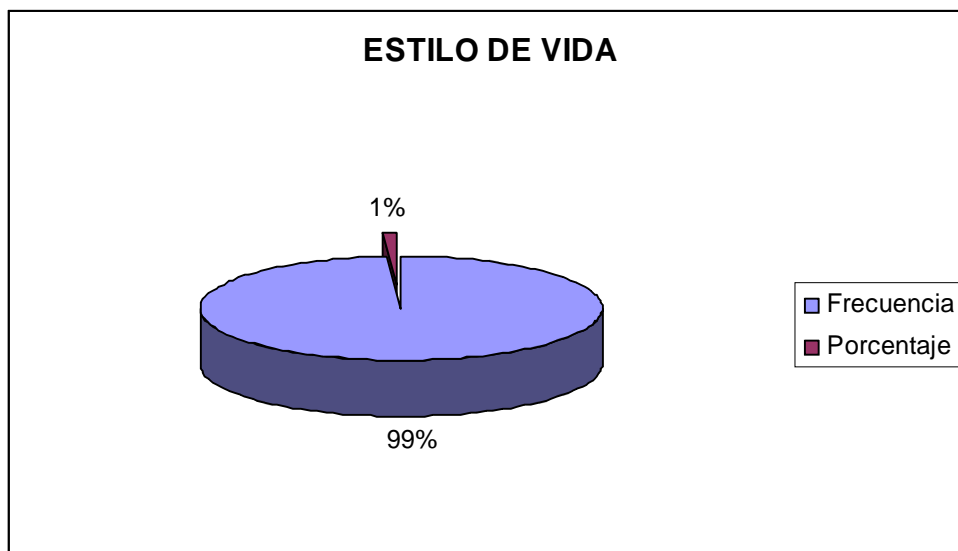
Estilo de vida de pacientes UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

IMEVID

IMEVID	Frecuencia	Porcentaje
Deseable	1	1.20%
Indeseable	81	98.80%
Total	82	100.00%

Fuente: Encuesta directa (imevid)

Grafica 13



Fuente: Cuadro 13

Cuadro 14

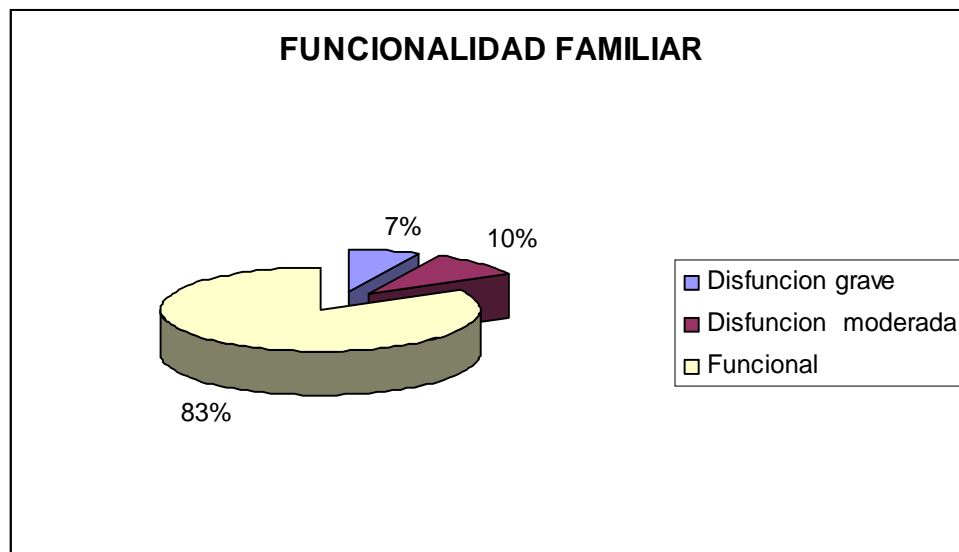
Funcionalidad Familiar en pacientes de UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Apgar Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción grave	6	7.30%
Disfunción moderada	8	9.80%

Funcional	68	82.90%
Total	82	100.00%

Fuente: Apgar Familiar

Grafica 14



Fuente: Cuadro 14

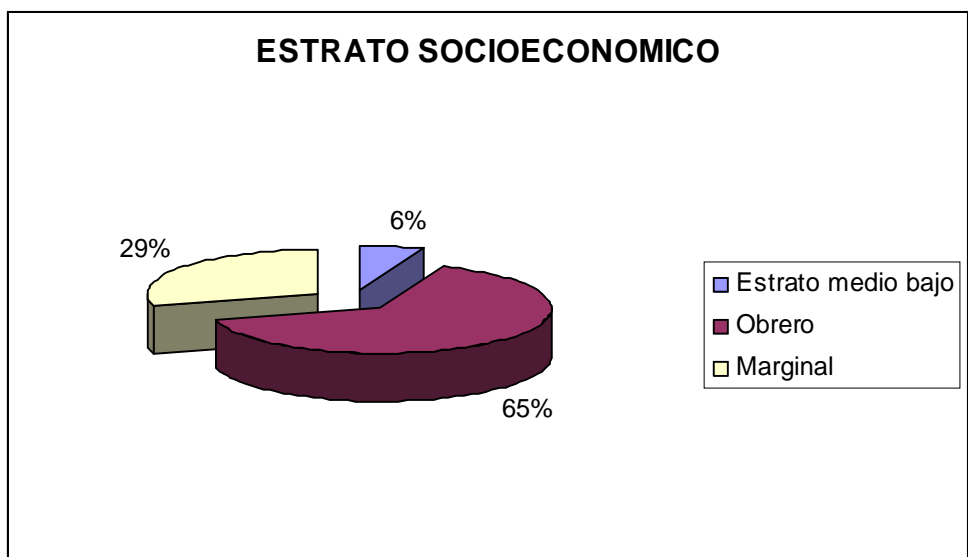
Cuadro 15

Estrato socioeconómico en pacientes de UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Estrato alto	0	0%
Estrato medio alto	0	0%
Estrato medio bajo	5	6.10%
Obrero	53	64.60%
Marginal	24	29.30%
Total	82	100%

Fuente: Método de graffar

Grafica 15



Fuente: Cuadro 15.

Cuadro 16.

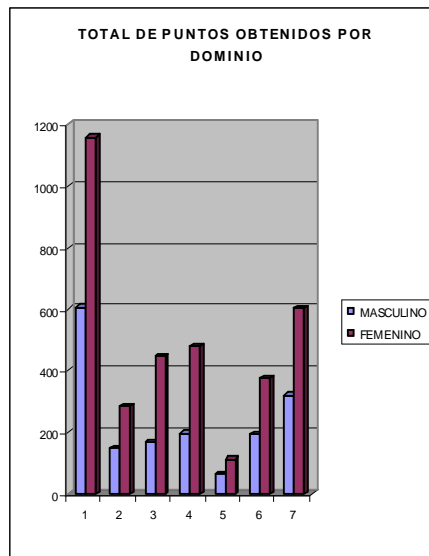
Total de puntos obtenidos por dominio según el género de pacientes UMF No 29 Luís Moya IMSS 2007

SEXO	NUTRICION	EJERCICIO	CONSUMO DE	CONSUMO DE	INFORMACION SOBRE	EMOCIONES	ADHERENCIA
------	-----------	-----------	------------	------------	-------------------	-----------	------------

			TABA CO	ALCO HOL	DIABETE S		
MASCU LINO	606	148	168	198	66	194	322
FEMEN INO	1158	286	446	480	114	376	602

Fuente: Encuesta aplicada

Grafica16



Fuente: cuadro 16

Cuadro 17.

Pacientes con control metabólico según sexo UMF No 29 Luis moya IMSS 2007.

CATEGORIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
Control metabólico	6	9	15	18.29%
Descontrol metabólico	21	46	67	81.70%

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro 18.

Pacientes con estilo de vida según sexo UMF No 29 Luis Moya IMSS 2007

CATEGORIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
Estilo de vida deseable	1	0	1	1.22%
Estilo de vida no deseable	24	57	81	98.78%

Fuente: Encuesta aplicada e IMEVID

Cuadro 19.

Pacientes con funcionalidad familiar según sexo UMF No 29 Luis Moya IMSS
2007

CATEGORIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
Funcionalidad Familiar	25	43	68	82.93%
Disfunción Familiar	1	13	14	17.7%

Fuente: Encuesta aplicada y Apgar Familiar

Cuadro 20.

Control metabólico en relación a funcionalidad familiar y estilo de vida de los pacientes de UMF No 29 Luís Moya Zac.

CONTROLADO

DESCONTROLADO

	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Funcional	15	18.2%	53	64.6%

Disfuncional	0	0	14	17.07%

Estilo deseable.	1	1.21%	0	0

Estilo de vida indeseable.	0	0	81	98.7%

Fuente: encuesta aplicada

9 DISCUSION

De acuerdo con el estudio realizado por Méndez-López de igual forma pone de manifiesto el impacto que tiene la enfermedad en la población económicamente activa ,así como con las implicaciones sociales y financieras que esto significa dado que en nuestro estudio predominan las edad desde 30-35 años ,con un promedio de edad de 60 años, de la misma manera la evolución de la enfermedad encontramos que el 46.35 % tienen mas de 10 años con la enfermedad y que el 22% tiene entre 5-10 años ,lo que al igual que otros estudios esto incrementa el riesgo de complicaciones propias de esta entidad clínica .

Así mismo según estudio de Fuentes-Facundo el estilo de vida no saludables tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad, así como las complicaciones de la misma.

La finalidad de este estudio fue evaluar la funcionalidad familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mediante la aplicación del cuestionario APGAR FAMILIAR previamente validado donde se pudo observar que la mayoría 82.3 % son familias funcionales y solo el 17.7 presentan algún tipo de disfunción; de la misma forma se evaluó el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para esto se utilizo el cuestionario de auto administración el cual tiene por nombre instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID), esto porque permite medir el estilo de vida de manera rápida, valida y confiable.

En este estudio las mujeres predominaron ya que son las que acuden con mayor frecuencia a la consulta para la atención médica y por lo regular se prestan para este tipo de estudios, se observo así

mismo que la mayoría el 98.8% tienen un estilo de vida no deseable y solo el 1% deseable. Encontramos en el presente estudio que las mujeres obtuvieron mejor puntaje por dominio en cuanto a nutrición, ejercicio, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica tomando en cuenta que el puntaje más alto es el deseado en el cuestionario IMEVID

Al analizar finalmente el estudio encontramos como en otros estudios de Gómez- López y Méndez López donde queda de manifiesto el gran porcentaje de diabéticos que cursan sistemáticamente con cifras que corresponden a descontrol lo que incrementa el riesgo para las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad. Los parámetros tomados en cuenta para decir que el paciente tiene un buen control metabólico según la OMS son las cifras de glucosa entre 80-110mg/dl, colesterol < 200mg x dl ,triglicéridos < de 240 mg/dl ,así como TA menor o igual a 130/85.de lo cual encontramos que de los 82 pacientes estudiados el 81.7% (n=67) tienen descontrol metabólico y de estos 46 son mujeres y 21 hombres, así mismo pacientes con control metabólico solo un 18.29% (n=15) de los cuales 9 son mujeres y 6 hombres.

10 CONCLUSIONES.

Tomando en consideración el presente estudio se puede apreciar que la funcionalidad familiar encontrada es muy alta con un 83% en comparación con las que tienen algún tipo de disfunción que solo alcanza el 17%. Lo que nos habla de las buenas relaciones en la dinámica familiar de nuestros pacientes.

Lo más relevante del estudio, es que el estilo de vida de los pacientes sigue siendo preocupante, ya que la mayoría obtuvo un estilo de vida no deseable que represento el 98.8% del total de pacientes, por lo que los médicos y los pacientes tenemos que decidir, de manera conjunta, intervenciones específicas para modificar componentes del estilo de vida que son desfavorables para el curso clínico de la enfermedad como son en aspectos de nutrición ,ejercicio, consumo de tabaco ,consumo de alcohol, emociones ,información sobre diabetes y adherencia terapéutica .

El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida por lo que la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento, para así retardar las complicaciones crónicas de la propia enfermedad, que al final, si repercutirían en el funcionamiento familiar y en la calidad de vida de los pacientes.

Seria importante extender la educación a los familiares de los pacientes diabéticos, no solo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, sino porque también comparten factores de riesgo para la enfermedad.

Además es importante señalar, que los pacientes incluidos en el presente estudio muestra un grado importante de descontrol metabólico lo cual podría reflejar el estado actual de estos pacientes en el sistema nacional de salud, lo que nos obliga a reflexionar sobre las necesidades de mejorar la calidad de la atención médica en estos enfermos con el fin de modificar estilos de vida y así mejorar también la calidad de vida.



ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 29 LUIS MOYA ZACATECAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Funcionalidad familiar y estilo de vida en el control del paciente con diabetes mellitus tipo 2 registrado ante el Comité Local de Investigación en salud, del Hospital General de Zona # 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo del estudio es conocer si la disfunción familiar y el estilo de vida son causas de descontrol metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF # 29 de Luis Moya Zacatecas

Se me ha explicado que mi participación consistirá en dar respuesta a la cedula de recolección de datos, a los cuestionarios APGAR FAMILIAR, INSTRUMENTO DE MEDICION DE ESTILO DE VIDA EN DIABETICOS y método de Graffar y acepto entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realizan.

Declaro que se me ha informado que no existen riesgos derivados de mi participación en el estudio y con el beneficio de brindar un mejor servicio en salud.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra :Claudia Maribel Sánchez H

Matricula IMSS 10196242

Para cualquier duda o pregunta comunicarse al teléfono 014589870383 de las 08:00 a las 16:00 hrs. De lunes a viernes con el Dra: Claudia Maribel Sánchez Hernández.



ANEXO 2
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 29
LUIS MOYA ZACATECAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha _____

Folio _____

1. NOMBRE: _____
2. DOMICILIO: _____
3. EDAD: _____
4. SEXO: Masculino Femenino
5. ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
6. ESCOLARIDAD: Analfabeta Escolaridad baja Escolaridad alta
7. OCUPACION: Hogar Pensionado Obrero Patrón Jornalero
8. LUGAR DE RESIDENCIA: Cabecera municipal Comunidad o rancho
9. DESDE CUANDO PADECE USTED DIABETES MELLITUS TIPO 2
 Menos de 5 años Entre 5-10 años Mas 10 años
10. CIFRA DE GLUCOSA EN LOS ULTIMOS 3 MESES.
 Entre 80 y 110 mg/dl Mayor de 110 mg /dl
11. CIFRA DE COLESTEROL EN LOS ULTIMOS 3 MESES.
 Menor de 200 mg /dl Mayo de 200mg/dl
12. CIFRA DE TRIGLICERIDOS EN LOS ULTIMOS 3 MESES.
 Menor de 240 mg/dl Mayor de 240 mg/dl
13. CIFRA DE TA EN EL ÚLTIMO MES.
 Menor o igual a 130/85 Mayor de 130/85
14. TIPO DE FAMILIA.
 Nuclear Seminuclear Extensa Compuesta



ANEXO 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ZACATECAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 29 LUIS MOYA ZACATECAS
 CUESTIONARIO IMEVID.

INSTRUCTIVO.

Este cuestionario es para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos 3 meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Nombre: ----- Sexo F M Edad-----años Fecha-----

1.-¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2.-¿Con que frecuencia come fruta?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
3.-¿Cuántas piezas de pan come al día?	0-1	2	3 o mas
4.-¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o mas
5.-¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
6.-¿Agrega sal a los alimentos cuando los esta comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7.-¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
8.-¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
9.-¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan mas?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
10.-¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?(caminar rápido, correr o algún otro)	3 o mas veces x semana	1 a2 veces por semana	Casi nunca
11.-¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
12.-¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver television
13.-¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
14.-¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o mas
15.-¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o mas a la semana
16.-¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o mas
17.-¿A cuantas platicas para personas con diabetes a asistido?	4 o mas	1 a 3	ninguna
18.-¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
19.-¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20.-¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
21.-¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
22.-¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
23.-¿Sigue dieta para diabetico?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
24.-¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
25.-¿Sigue las instrucciones medicas que se le indican para su cuidado.?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

Gracias por sus respuestas .

Total.-----

DESEABLE 100 PUNTOS

INDESEABLE MENOR DE 100



ANEXO 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 29 LUIS MOYA ZACATECAS

INSTRUMENTO DE MEDICION APGAR FAMILIAR

INSTRUCTIVO.

Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una X

Lo que considere que es la respuesta correcta.

1.-¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
2.-¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
3.-¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
4.-¿Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos , ya sea de bienestar o malestar?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
5.-¿Le satisface la cantidad de tiempo que y su familia pasan juntos?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

Disfunción grave 00-03 puntos

Disfunción moderada 04-06

Funcional: 07-10



ANEXO 5
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ZACATECAS.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No29 LUIS MOYA ZACATECAS.

**METODO DE GRAFFAR
(ESTRATO SOCIOECONOMICO)**

Subraye la respuesta que más lo identifique.

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- obrero no especializado, servicio domestico, etc.

B).-NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA

- 1.- universitaria 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

C).- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO

- 1.- fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, 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)

D).-CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

CALIFICACION:

4-6-ESTRATO ALTO.

7-9-ESTRATO MEDIO ALTO.

10-12-ESTRATO MEDIO BAJO.

13-16-OBRERO.17-20-MARGINAL.

BIBLIOGRAFIA.

- ¹.- Secretaría de Salud. Proyecto de modificación a la Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Rev Med IMSS 2000; 38(6):477-495
- ².- Vázquez-Martínez JL, Gomez-Dantes H, Fernandez-Canton S. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(1):13-26.
- ³.- Rodríguez-Moctezuma R, Lopez-Carmona JM, Munguia-Miranda C, Hernandez-Santiago JL, Martinez-Bermudez M. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. Rev Med IMSS;41(3):211-220.
- ⁴.- Información Estadística en Salud. Principales Motivos de Consulta en Medicina Familiar. <<http://www.imss.gob.mx>.
- ⁵.- Información Estadística en Salud .Diez principales causas de demanda de consulta externa de Medicina Familiar. <<http://www.imss.gob.mx>.
- ⁶.- Información Estadística en Salud. Morbilidad de consulta externa de Especialidades. <<http://www.imss.gob.mx>
- ⁷.- . Moreno-Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Rev Fac Med UNAM;(44):35-37 enero-febrero 2001.
- ⁸.- Maíz, Alberto. El síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. Boletín de la Escuela de Medicina 2005 ;(30):25-30.
- ⁹.- Cuevas-Alvarez NA, Vela –Otero Y, Carrado-Bravo T. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. rev Med INST Mex Seguro Soc 2006;44(4):313-320.
- ¹⁰.- Gaytán –Hernández AI, García de Alba-García J. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(2):113-120.
- ¹¹.- Gomez JR, Jurado MI, Hernan Viana-Montaner B, Da-Silva ME, Hernandez-Mendo A. Estilos y calidad de vida. <<http://.efdeportes.com/Revista Digital-Buenos Aires-Año 10-No 90-Noviembre 2005>.
- ¹².- López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguia C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México 2003; 45 (004).

- 13.- Lopez-Carmona J,Rodríguez-Moctezuma J,Ariza-Andraca C,Martinez-Bermudez M.Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.Validación por constructo del IMEVID.Atención primaria.2004,33(1):20-27.
- 14.- Lopez-Carmona JM,Rodríguez-Moctezuma R.Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2.Salud Pública Mex Mayo-Junio 2006;48(3).
- 15.-Fuentes-Facundo LA,Lara-Loya M,Rangel-Vega G.Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2.Rev Enferm IMSS 2004;12(2):79-82.
- 16.-Cardenas-Villarreal VM,Pedraza-Loredo C,Lerma-Cuevas RE. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2.Ciencia UANL julio-septiembre 2005;8(3):351-357.
- 17.-Lahsen- MR, Liberman- GC. Prevención de diabetes mellitus tipo 2.Rev chil nutr Agosto 2003;30,(2):80-90.
- 18.-Lawrence M,Tierney,Stephen J,McPhe, Maxime A, Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento. 39ª ed.México, Manual moderno,2004. 11 p.
- 19.-Huerta-González JL,Estudio de Salud Familiar PAC MF-1.Primer edición 1999;11-24
- 20.-Méndez-Lopez DM,Gómez-López VM,García-Ruiz ME,Pérez-López JH,Navarrete-Escobar A.Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo2.Rev Med IMSS 2004;42(4):281-284.
- 21.-Rodríguez-Ábrego G,Rodríguez-Ábrego I. Disfunción Familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica.Rev Med IMSS 2004;42(2):97-102.
- 22.-Arias CL,,Herrera JA. EL Apgar Familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia Médica 1994;25: 26-28
- 23.-Fernández, Miguel A. El impacto de la Enfermedad en la Familia. Revista de la Facultad de Medicina Noviembre-Diciembre 2004; 47(6):251-256.