



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ NO. 3 CON MF
SALAMANCA, GTO.

PERCEPCION DEL INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FAMILIAR
POR PACIENTES DIABETICOS CON Y SIN ROL DE JEFE DE
FAMILIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45
DEL IMSS DE IRAPUATO GTO. 2006.

TRABAJO DE INVESTIGACION

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. GUILLERMO ERASMO MORENO CHAVEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

2008



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.

PERCEPCIÓN DEL INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FAMILIAR POR PACIENTES
DIABÉTICOS CON Y SIN ROL DE JEFE DE FAMILIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO 45 DEL IMSS DE IRAPUATO GTO 2006.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

~~DR. GUILLERMO ERASMO MORENO CHAVEZ~~

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

UNAM.

F. García Pedroza

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.

[Signature]
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

**PERCEPCIÓN DEL INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FAMILIAR POR PACIENTES
DIABÉTICOS CON Y SIN ROL DE JEFE DE FAMILIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO 45 DEL IMSS DE IRAPUATO GTO 2006.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR GUILLERMO ERASMO MORENO CHAVEZ

ASESOR METODOLOGICO

DR. MIGUEL ANGEL RAMÍREZ LÓPEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.**

ASESOR TEMA DE TESIS

AUTORIZACIONES:

DR. JORGE PATRICIO MEZA RODRIGUEZ

JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA H.G.Z. No.3

SALAMANCA, GTO

2006.

**PERCEPCIÓN DEL INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FAMILIAR POR PACIENTES
DIABÉTICOS CON Y SIN ROL DE JEFE DE FAMILIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO 45 DEL IMSS DE IRAPUATO GTO 2006.**

Título: Percepción del involucramiento afectivo familiar por pacientes diabéticos con y sin rol de jefe de familia en la Unidad de Medicina Familiar no 45 del IMSS de Irapuato Gto 2006.

Índice

Marco teórico.....	2-7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9-10
Objetivos.....	11
- General	
- Específicos	
Metodología.....	12-14
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Variables	
- Procedimiento	
- Consideraciones éticas	
Resultados.....	15-17
Discusión.....	18-19
Conclusiones.....	20
Referencias bibliográficas.....	21-22
Anexos.....	23-27

Marco teórico

Antecedentes

Desde el punto de vista de la teoría de sistemas: la diabetes mellitus, dinámica y estructura de familia forman un todo y son interdependientes (1-4), si bien los enfermos hablan de que el apoyo familiar influye de manera positiva, también refieren puede tener una influencia negativa cuando la dinámica familiar no es favorable, habitualmente los enfermos demandan a la familia más atención relacionada con aspectos afectivos que de otro tipo, ellos esperan recibir comprensión y atención sobre las necesidades afectivas que se presentan durante la evolución de su enfermedad, necesidades que se manifiestan en sentimientos como desesperación, inquietud. (1-8)

Las reacciones familiares de apoyo afectivo e instrumental en el enfermo crónico dependen de su : tipo , cultura, educación de los integrantes , etapa familiar , desarrollo familiar, e ideas sobre salud enfermedad y tratamiento, entre muchos otros. En este sentido el estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado para el medico familiar, porque atiende a familias de distinto nivel social y cultural y además porque los parientes y la red social que rodean al diabético con frecuencia juegan o no roles trascendentes y aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico, les es complicado identificar y documentar sus aspectos relevantes. (5)

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 y, por lo tanto, en el control de la diabetes, a su vez este involucramiento de los familiares con el paciente, permiten establecer una dinámica de influencia que repercute en sus síntomas , complicaciones dolor, invalidez, regímenes terapéuticos y estado psicoemocional. (6-8)

La dinámica familiar consiste en *"un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad"*. En familias con dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante a desarrollarse como individuo, si se le infunde el

sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás la dinámica es funcional. En cambio, las familias con dinámica disfuncional se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descontrol, descompensación y síntomas. (9).

La dinámica de interrelación que se establece entre familiares y el individuo es uno de los factores determinantes en el control metabólico tal como lo reportará *Karlsson*, cuando describe que un diabético con un modelo familiar favorable, aumenta significativamente su control ante la enfermedad. (10)

Minuchin, define la estructura familiar como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia". Señala que en la estructura se pueden identificar los límites que definen quiénes participan y de qué manera; la jerarquía que tiene que ver con el ejercicio del poder; la centralidad hace referencia al miembro con base en el cual gira la mayoría de las interacciones familiares; la periferia se relaciona con el miembro que tiene la menor participación en la organización e interacción familiares; las alianzas son la unión de dos o más miembros de la familia para obtener beneficios sin dañar a otros; las coaliciones son la unión de dos o más miembros en contra de otro; los hijos parentales desempeñan un papel parental y por ello se les concede poder

La estructura familiar en el diabético puede proveer información sobre el ejercicio del poder, límites, forma y relación con los integrantes de familia. (11,12)

Apoyo afectivo

Unas de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a sus miembros. En el caso de aparición de una enfermedad crónica, esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como afectivo-emocional y gracias a ese apoyo familiar se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en la aceptación y control de la enfermedad, además le permite proteger a la familia de situaciones disfuncionales que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones. (13)

A pesar de que se ha investigado la competencia de la familia en la salud-enfermedad en los diabéticos, se desconoce en general de estudios relacionados con diabetes y jefatura de familia, lo que se sabe del apoyo familiar proviene diversos estudios en la familia del

diabético, en Ecuador en un estudio realizado por *Díaz*, encontró que más de la mitad de los pacientes (n=42; 57.5%) refirieron que en el momento de la encuesta se sintieron deprimidos; de estos apenas 8 (19 %) recibieron apoyo de su familia y en el 33% la reacción familiar fue descrita como indiferente. Independientemente del estado anímico del paciente, la frecuencia de apoyo familiar fue igual a la de indiferencia (22 casos). El apoyo familiar fue significativamente inferior a los otros tipos de reacciones (30.1% vs. 69.8%.) (8)

Por su parte *Ariza* en Colombia, encontró que un considerable número de madres no están controladas 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, sin embargo en este estudio no se menciona sobre si esta situación también se presenta en el padre diabético como jefe de familia. (1)

Otros autores, *Méndez, Valdez Rodríguez, Díaz*, abordaron con diversos instrumentos a la familia, principalmente el Apogar familiar y destacan con sus resultados el papel preponderante de la familia, e incluso coinciden que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de la familia, más que de cualquier otra. (1-3, 5,7-8). En Brasil, *Peres y cols.*, hacen referencia que el diagnóstico de una enfermedad crónica, ocasiona muchas veces un choque emocional para la persona con una gama de sentimientos negativos, tales como: rabia, repulsión, aflicción y frustración, aunque también coexisten con sentimientos amistosos o agradables tales como: satisfacción, bienestar y gratitud, con ellos el paciente no está preparado para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad, de la misma forma, inversamente, los sentimientos negativos como consecuencia de la convivencia prolongada con las limitaciones impuesta por la enfermedad crónica, pueden favorecer al alejamiento de aquello que puede evocar enfermedad o tratamiento. En este caso, predomina una actitud de distancia en relación a las propias emociones, que son vivenciadas como hostiles, intolerables y potencialmente de ruptura por involucrar sufrimiento psíquico y el padecer diabetes rompe la armonía orgánica y muchas veces, va más allá de la persona que vive la enfermedad, interfiriendo en la vida familiar y comunitaria afectando su universo de relaciones. En ese sentido se puede considerar que la diabetes mellitus tipo 2, además de provocar cambios en sus hábitos de vida por asumir una disciplina rigurosa en cuanto a su

alimentación, incorporación o incremento de actividades físicas y uso permanente y continuo de medicamentos, también impone a la necesidad de entrar en contacto con sentimientos, deseos, creencias y actitudes en su contexto más próximo la familia. (14).

No hay duda de la influencia de la familia hacia el diabético, sin embargo hay relativamente pocas referencias que la aborden desde la jefatura de familia. En México, *Quroz y Cols*, estudiaron al padre diabético en relación a su posición en la familia, su estudio versa sobre competencia familiar pero sus comentarios son generales, en lo afectivo encontraron que más de la mitad de los pacientes manifestaron sentimientos de depresión. (15)

Otra proveniente de *Fisher*, quien estudió por medio del video tape a parejas observando hostilidad dialogo resolución del conflicto de la pareja, de cómo resuelven la problemática producida por la enfermedad observando emociones más cerradas en parejas latinas, un entorno afectivo negativo. (16)

En general el estudio del papel de la familia en la diabetes mellitus en su mayor parte han sido realizados en familias de pacientes insulino dependiente tipo 1, en diabetes tipo 2 solo se ha examinado indirectamente el terreno afectivo familiar, no de lo percibido por los pacientes diabéticos cuando ejercen ó no un rol jefe de familia.

La atención centrada en el paciente y familia.

En la salud mental de la familia, las experiencias afectivas tienen un significado fundamental para percibir, sentir y entender sus roles cuando tiene un integrante diabético. En cualquier familia se tiene una gama posible actitudes positivas y negativas en su proceso de interacción, no siempre hay actitudes puras, son una mezcla, puede predominar alguna de ellas, en caso de que sea predominantemente negativa, se propician respuestas de comportamiento inadecuadas para que el diabético logre su control metabólico. (17)

Indagar en las experiencias afectivas con preguntas que invaden la intimidad del individuo y de su familia requiere de una forma diferente de visión del médico de familia, pues a menudo las respuestas dadas por ambos se situarían en los errores de respuesta de la "deseabilidad social". En la medicina familiar, se pretende que el estudio del proceso de salud-enfermedad sea bajo un enfoque ecológico o sistémico, donde el contexto individuo-familia cobra interés conjunto con los factores psicológicos y sociales. El compromiso del médico de familia, es

extensible a todos los integrantes del sistema con la necesidad de reconocer su influencia y tenerlos en cuenta en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Las personas diabéticas tienen síntomas y tienen también familias, el camino entre los pacientes diabéticos y sus familias se recorre en ambas direcciones. (1-5, 18)

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF),

El *Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)*, fue diseñado en México para evaluar el sistema familiar, se generó a partir del *McMaster Model of Family Functioning (MMFF)* y está constituido por seis dimensiones:

Involucramiento afectivo funcional : Aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar, representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembros de la familia y denota la habilidad para responder y la capacidad de proporcionar cuidados afecto y bienestar.

Involucramiento afectivo disfuncional: tiene que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar en el nivel afectivo, implica una sobre carga en algún miembro del la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia.

Patrones de comunicación disfuncionales: Tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación tanto en el nivel verbal como en el no verbal se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva.

Patrones de comunicación funcionales: Tiene que ver con aspectos positivos de la comunicación se refiere al intercambio de la comunicación verbal principalmente en el área instrumental.

Resolución de problemas: Engloba áreas como resolución de problemas control de conducta y roles, revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar, se infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan.

Patrones de control de conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio dependiendo del contexto. (19)

El *EFF* es útil para el diagnóstico clínico, para evaluar los resultados de la terapia, o como un instrumento para la investigación de algunos aspectos básicos del proceso familiar. El *EFF* se aplicó a 300 sujetos mexicanos de nivel socio-económico alto y tuvo una confiabilidad *alfa de Cronbach*, 0.92 para esta población, este cuestionario tiene la bondad de indagar sobre los involucramientos en sus comportamientos afectivos tanto negativos como positivos que se dan en cualquier familia y que se esperan de manera natural y que en caso de predominar alguno de ellos entonces se le puede clasificar como afectivamente positiva o negativa.

Planteamiento del problema:

La Diabetes mellitus tipo 2, se ha constituido en los últimos años en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus familias. A nivel mundial y particularmente en México la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas crece de manera alarmante, principalmente la Diabetes Mellitus tipo 2 representa uno de los retos más importantes al que deben hacer frente los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social. En México se ha observado un aumento continuo en su frecuencia, entre 1990 y 2001 la mortalidad por diabetes mellitus se incrementó de 20 a casi 50 por cien mil personas (20) y se estima que para el año 2025 se podría llegar a triplicar el número de casos (21).

Se ha demostrado la influencia de los factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad, la capacidad de respuesta que da una familia cuando tienen en miembro con enfermedad crónica, depende de esos factores, las familias con miembro (s) diabético (s), tienen diferencias en la expresión de sus emociones (10-13). La expresividad afectiva familiar de sentimientos como: cercanía, expresiones físicas, verbales, de sentimientos positivos y negativos, fue explorado en México por Quíroz y cols., quienes encontraron que la expresividad afectiva de las familias, fue diferente, cuando se comparó pacientes diabéticos y controles no diabéticos, en otro estudio de Ariza, realizó un análisis el aspecto afectivo familiar en forma indirecta cuando exploró la familia con el Apgar familiar, otros estudios han explorando los estados anímicos y afectivos funcionales Díaz y cols.. En general son desconocidos estudios bajo el enfoque de jefatura de familia y diabetes tanto a nivel Nacional como América Latina por lo que un problema pendiente a estudiarse es: *¿Que percepción tienen del involucramiento afectivo familiar los pacientes diabéticos que ejerzan o no el rol de jefe de familia?*

Justificación

En la práctica de la medicina familiar, casi todas las familias tienen problemas relacionados por la presencia de la diabetes mellitus tipo 2, ya que ocupa una de las primeras causas de morbilidad u mortalidad a nivel nacional, la *Federación Mexicana de la Diabetes*, hace mención que la diabetes afecta actualmente a más de 246 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 333 millones en 2025. Sin embargo la mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo, en México las personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años), de este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. (22)

La diabetes mellitus es la principal causa de mortalidad en el estado de Guanajuato. En el 2005 la Secretaría de Salud registró a 3 mil 779 personas que fallecieron por esta causa. La *Asociación Mexicana de Diabetes capítulo Guanajuato* estima que 187 mil guanajuatenses padecen diabetes y uno de cada tres no lo sabe. (23)

Por presencia de la diabetes mellitus en algún familiar se esperan cambios en lo familiar sea en su estructura o dinámica, sobre todo cuando se presenta en el jefe de familia. Por el impacto que genera la enfermedad en las personas que la padecen al verse afectados sus aspectos en la vida cotidiana, personal, familiar y laboral, ya sea por las molestias propias de la enfermedad o por sus limitaciones y secuelas, consecuentes a su evolución, necesitan del apoyo, el afecto y el auxilio de su familia, sobre todo en la vigilancia, toma de decisiones y ejecución de acciones adecuadas. Los resultados de este trabajo ofrecen una panorámica del involucramiento afectivo familiar en el paciente diabético, abren nuevas líneas de exploración en el campo en las enfermedades crónicas. El individuo necesita ser escuchado y entendido en sus necesidades afectivas, el estudio por ser transversal en el tiempo tiene limitaciones, sin embargo los resultados que aporte pueden ayudar al médico familiar en descubrir cual y como se dio el involucramiento familiar afectivo en los pacientes estudiados y retomarlos cuando persigue una atención integral del paciente diabético basado en el entorno familiar, pues no solo hay que tratar el problema biológico de la diabetes

mejoras , hay que tratar lo afectivo familiar para que se ayude en comprender la respuesta familiar.

Objetivo General

Conocer la percepción del involucramiento afectivo que tiene el paciente diabético jefe de familia.

Objetivos específicos

1. Evaluar el involucramiento afectivo funcional, percibido por el paciente diabético jefe de familia.
2. Evaluar involucramiento afectivo disfuncional, percibido por el paciente diabético jefe de familia.
3. Identificar las principales características del entorno familiar del paciente diabético jefe de familia.
4. Comparar el involucramiento afectivo en pacientes diabéticos considerando su jefe de familia

Metodología

Diseño: Descriptivo transversal comparativo

Población: Diabéticos tipo 2 en la Unidad de medicina familiar no 45 del IMSS en Irapuato, Gto., 2007.

Criterios de inclusión: tener diagnóstico confirmado por laboratorio de diabetes mellitus tipo 2, saber leer y escribir, ser mayor de 18 años de edad, convivir con familia y pertenecer a la adscripción de la UMF no 45 IMSS Irapuato.

Criterios de exclusión: estar hospitalizado, tener algún tipo de alteración cognoscitiva que impidiera comprender y responder la encuesta, y no convivir con familiares

Criterio de eliminación: Entrevista incompleta

Tipo y definición de la muestra: Considerando la referencia de *Díaz Elena Paulina. Quezada Carlos A.* sobre las reacciones afectivas y apoyo de familia van en el orden de si apoyo 30.1% vs. No apoyo 69.8%; se calculó el tamaño de la muestra con programa estadístico, con alfa de 0.05 y potencia de 80 para proporciones, y dio como resultado un tamaño de la muestra $n = 29$, para ambos grupos, dado que en la unidad se pudo identificar un total de 74 familia con pacientes diabéticos, 38 de ellos en condición de jefes de familia y 36 no jefes de familia, se trabajó con este total de pacientes como muestra

Instrumentos para la recolección de información

Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF) (Anexo 1, 2), de *Raquel Atri y Zetune*, tiene una estructura multifactorial de seis factores que agrupan los constructos teóricos validado en población de Cuajimalpa, Estado de México, con un alfa general de *Cronbach* de 0.92. (18), para el trabajo actual que explora el las dimensiones afectivas, se hace el análisis comparativo solo entre los indicadores de involucramiento afectivo funcional e involucramiento afectivo disfuncional. Además se tomaron los aspectos básicos de familia y biomédicos con cédula de datos familiares y biomédicos anexo 3

Procedimiento: Se identificaron los expedientes de los pacientes diabéticos pertenecientes a la UMF no 45 del IMSS en Irapuato, que cubrieran los criterios de inclusión, se dividieron en dos grupos: un grupo con pacientes diabéticos bajo la condición de jefes de familia y otro sin esta condición, la recolección de información se realizó a través de una entrevista estructurada

y con el instrumento de referido de Atri Zetune , se efectuaron entrevistas a cada paciente con una duración promedio de 30 minutos a una hora en el consultorio de medicina familiar . Las entrevistas fueron realizadas por un alumno de tercer año de la especialidad en medicina familiar, bajo el consentimiento informado de los participantes. El análisis de los datos fue descriptivo para las variables generales de tipo demográfico como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, servicio y turno para ambos grupos. También se consideraron los principales parámetros biológicos

Se realizó prueba piloto únicamente para corroborar fallas en las instrucciones de llenado del instrumento así como de las variables demográficas y biomédicas, sus resultados fueron considerados en el total de los pacientes, la recolección de datos, el análisis estadístico se llevó a cabo con frecuencias absolutas y relativas e inferenciales Chi cuadrada

Cuestiones éticas: Conforme a lo estipulado en el capítulo 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud en su capítulo 1: artículos 13, 14(Fracciones V, VII), artículo 17 fracción I, clasificado el presente estudio de investigación sin riesgo, Los pacientes fueron previamente informados sobre el manejo de la información, que sería tratada en completo anonimato, además de firmar su consentimiento. (24)

Anexo

Definición operacional de las variables.

Involucramiento afectivo: respuesta afectiva asociada con la percepción del paciente entre lo esperado y lo experimentado, con relación a las experiencias del paciente en su ámbito familiar y lo que espera o quiere encontrar en él, considerando la escala Likert, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Variable ordinal

Jefatura de familia: Rol otorgado o distribuido conforme se asumen responsabilidades y tareas en la familia, identificado por el paciente. Variable nominal dicotómica

Edad: años cumplidos. Variable cuantitativa numérica discreta

Escolaridad: Para este trabajo presencia de estudios primarios, medios, superiores. Indica el nivel de escolaridad alcanzado por el jefe de familia y se conceptualiza en niveles primarios, secundarios, preparatoria técnica profesional y nula. Variable nominal:

Género: Masculino, femenino. Variable nominal.

Características de familia: Variables nominales identificadas en la cédula básica de familia para parentesco, etapa de ciclo familiar, De acuerdo a criterios del consenso académico de profesores de medicina familiar 2005.

Indicadores biológicos: Variables numéricas universales continua, para: peso, talla , índice de masa corporal cifras diastólica y sistólicas de presión arterial .

Resultados

En el 2007 , se entrevistaron un total de 74 paciente diabéticos (38 hombres y 36 mujeres) , en la Unidad de Medicina familiar no 45 IMSS de Irapuato Gto., 35 hombres contestaron que ejercían el rol de jefe de familia , mientras que 33 mujeres no ejercían este rol . **Tabla 1,2.** Con respecto a sus parámetros biológicos, en ambos grupos se observó una diferencia significativa en cuanto al a la edad peso y talla, siendo de mayor edad y peso el grupo conformado por diabéticos sin rol de jefe de familia, en el que predomina el genero femenino. **Tabla 2** .En ambos grupos el promedio de las cifra de glucosa estaba por arriba del control óptimo y mayormente presentaron cifras tensionales controladas. **Tabla 2.**

No se observó diferencia significativa en involucramiento afectivo funcional entre ambos grupos con una $p > 0.05$, predominó para ambos el involucramiento afectivo funcional en un 92%, **Tabla 3**, tampoco se presentó diferencia significativa en el involucramiento afectivo disfuncional $p > 0.05$, mayormente percibieron un involucramiento afectivo no disfuncional.

Tabla 4

Tabla 1. Indicadores biológicos en la población diabética por rol de jefe de familia en la UMF 45 IMSS Irapuato Gto año 2006

	Jefes de Familia n= 38	No Jefes de Familia n= 36	Prueba T
Edad	56.84±11.8	67.75±11.5	s* p < 0.05
Peso kilos	82.9±17.2	68.7±13.0	s p < 0.05
Talla metros	1.67±0.8	1.55±0.7	s p < 0.05
Índice masa corporal	28.8±5.0	28.3±5.0	Ns*
Cifra diastólica mm/hg	80.3±4.4	79.1±5.1	Ns
Cifra sistólica mm/hg	127.6±8.1	131.4±7.1	Ns
Glucosa	166.8±62.9	151.8±45.0	ns

*Ns no significativa, s significativa

Fuente: Expediente clínico y formato de datos biológicos y familiares. Anexo 3

Tabla 2. Indicadores sociales y familiares por rol de jefe de familia en la UMF 45 IMSS Irapuato Gto año 2006

	Jefes de Familia	No Jefes de Familia
Genero		
Masculino	35	3
Femenino	3	33
Ocupación		
Campeño	1	0
Obrero	9	0
Técnico	7	0
Profesional	8	0
Pensionado	13	0
Hogar	0	36
Escolaridad		
Primaria incompleta	7	28
Primaria Completa	5	5
Secundaria	7	3
Técnica	9	2
Profesional	9	0
Otra	1	0
Tipo de Familia		
Nuclear	20	12
Extensa	18	23
Extensa compuesta	0	1
Etapas de ciclo familiar		
Expansión	2	0
Dispersión	16	3
Independencia	7	9
Retiro	13	24

Fuente: Formato de datos biológicos y familiares Anexo 3

Tabla 3 Involucramiento afectivo funcional en la población diabética por rol de jefe de familia en la UMF 45 IMSS Irapuato Gto año 2006

	Jefes de Familia	No Jefes de Familia	Total	Prueba Ji cuadrada
Percepción afectivo Funcional SI	35 (92%)	33 (92%)	68 (92%)	.637 ns p> 0.5
Percepción afectivo Funcional NO	3 (8%)	3 (8%)	6 (8%)	
Total	38 (100%)	36 (100%)	74 (100%)	

Fuente: Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF),

Tabla 4 Involucramiento afectivo disfuncional en la población diabética por rol de jefe de familia en la UMF 45 IMSS Irapuato Gto año 2006

	Jefes de Familia	No Jefes de Familia	Total	Prueba Ji cuadrada
Percepción afectivo Disfuncional SI	6 (16%)	8 (22%)	14 (19%)	.560 ns p> 0.5
Percepción afectivo disfuncional NO	32 (84%)	28 (78%)	60 (81%)	
Total	38 (100%)	36 (100%)	74 (100%)	

Fuente: Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF),

Discusión

Abordar la percepción que tiene el individuo diabético sobre su familia resulta complicado, los familiares y la red social que le rodean con frecuencia juegan o no roles trascendentes y aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico de la diabetes, habitualmente no identifican y documentan aspectos afectivos relevantes, por este motivo se realizó el presente estudio, en un consultorio de medicina familiar, con el fin indagar sobre los aspectos afectivos del funcionamiento familiar. En general y de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, la percepción del involucramiento afectivo tanto funcional como disfuncional no mostró diferencias entre diabéticos con rol de jefe de familia y sin él, en base a esto, en este grupo de pacientes el apoyo familiar puede considerarse efectivo, porque se percibe cierta disponibilidad afectiva funcional que existe por parte de los familiares hacia ellos, este apoyo constante probablemente les hace sentir bien y afrontar su padecimiento, sin embargo en ninguno de los dos grupos se pudo encontrar una relación con el estado metabólico, en ambos la cifra de glicemia no es óptima. Un 92% de los diabéticos en ambos grupos percibieron un involucramiento afectivo si funcional, muy superior al 42.5% referido por Díaz en Ecuador, lo mismo sucedió cuando se compara con los hallazgos de José Rubén Quiroz y Cois, quienes encontraron que más de la mitad de los padres diabéticos manifestaron sentimientos afectivos relacionados a la depresión, una explicación para esta diferencia es por la forma de medir la funcionalidad familiar, con preguntas limitadas e inclusive situadas en los errores de respuesta como es la "deseabilidad social", en este sentido para el presente estudio la detección de un mayor porcentaje de percepción de funcionamiento afectivo funcional puede explicarse porque en el cuestionario de Ari Zetune tiene un mayor número de indicadores para cada dimensión, por ejemplo, el involucramiento afectivo funcional utiliza 17 reactivos y en su parte son 11 para el involucramiento afectivo disfuncional, mientras que para el Apgar de familia utilizado por Díaz solo tiene cinco indicadores y solo el sentimiento de tristeza indagado por Quiroz y Cois en Ecuador. En consecuencia el de Ari Zetune da una mayor gamma de expresiones del afecto. En el presente estudio los resultados observados de una percepción mayormente de involucramiento afectivo funcional, parecen estar de acuerdo con lo encontrado por Fisher

cuando visualizó en videos la interacción de parejas latinas emocionalmente más estrechas, menos hostiles, por supuesto todo esto esta relacionado con el aspecto afectivo funcional .

De igual manera los resultados del estudio contrastan con lo encontrado por *Peres y cols* quienes hipotetizan sobre un predominio de actitud de distancia en relación a las propias emociones vivenciadas en los pacientes, en el presente estudio estas emociones son más funcionales que disfuncionales son menos distanciadas.

En relación con los niveles de glucosa no óptimos en los pacientes del actual estudio concuerda con lo encontrado por *Ariza* en Colombia, quien hace mención que un considerable número de pacientes madres no están controladas , en los pacientes del estudio prevaleció la cifra de glucosa no optima en ambos grupos con y sin rol de jefe de familia , la explicación para esto es, que en el control de la diabetes mellitus influyen muchos factores , no solo del saber del afecto que perciben las personas que la padecen , sino que hacer con ello, para que este involucramiento funcional se muestre en su control, esto seguramente obedece al olvido por los médicos familiares de su interacción en familia de este padecimiento , en las instituciones de salud y general se da prioridad al enfoque centrado en el individuo , en lo biológico, no en el contexto, queda pues un espacio para la reflexión y acción del medico especialista en familia para que retome su papel de integrador familiar sobre todo en los padecimientos crónicos dándole prioridad a la visión bio psico social y familiar .

Conclusiones

Los hallazgos en el trabajo permiten concluir que el involucramiento afectivo familiar en estos enfermos diabéticos fue favorable. En relación al involucramiento afectivo familiar no favorable, la acción que debe aplicar el médico familiar y su equipo de salud, es permitir que el paciente exponga a la familia: sus inquietudes, experiencias, dificultades, necesidades reales, sentidas y barreras que sobre el afecto percibe y así ayudarlo a llevar los roles de paciente y jefe familia. Por ser un estudio descriptivo, se requiere de estudios sobre las posibles causas del involucramiento afectivo familiar favorable o no en la diabetes mellitus, que en este trabajo no se consideraron.

Bibliografía.

1. Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño CI, Sequeda C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2006; 21: 28.
2. Méndez L DM, Gómez L VM, García R ME, Pérez L JH, Navarrete E A. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2 Revista Médica del IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
3. Valadez-Figueroa I de la A, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública Méx 1993; Vol. 35(5):464-465.
4. Von Bertalanffy, Ludwig. Teoría General de Sistemas. En: Petrópolis, Vozes. 1978.
5. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no Insulinodependiente. Salud Publica Mex 1997;39(1):44-47.
6. Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda, C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2006; 21: 28-40.
7. Valadez FIA, Aldrete RMG, Alfaro AN, Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México, 1999; 35 (5): 464-470.
8. Díaz EP, Quezada CA. Funcionalidad familiar, conocimientos y prácticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a un club de diabéticos.: Rev Fac Cien Med (Quito) 2007; 32 (1)39-42.
9. Saucedo-García JM, Foncecarrada-MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS 1981;19(2):155-163.
10. Karlsson J.A. Psychosocial aspect of diseases duration and control in young adults with type I diabetes. Clin Epidemiol. 1988;41(5):435-40.
11. Minuchin, S. Estructura familiar en : Familias y terapia familiar. México 1986: Gedisa: 86
12. Santacruz Varela J - La Familia Unidad de Análisis. Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex) 1983.

13. De la Revilla L. Conceptos, instrucciones e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: DOYMA; 2000.
14. Peres D, Siquiera SA, Zanetti ML. Dificultades en los pacientes diabéticos para el control de la dolencia: sentimientos y comportamientos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007; Vol 15 (6): 1105-1112. Disponible en URL : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600008&lng=pt&nrm=iso
15. Quiroz -Pérez JR , Castañeda-Limones R, Ocampo-Barrio P, Pérez- Sánchez L, Martínez García M del C. Diabetes tipo 2.Salud-competencia de las familias Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 213-220.
16. Fisher I, Gudmundsdóttir M, Guilliss C, Staff M, Mullan J , Kanter R Chiesa C. Resolving disease problems in european-american an latino copules with type 2 diabetes; the effects o ethnicity and patient gender.Fam Process 2000; 39(4): 403-416.
17. Roa R, Ruiz Morosini ML, Siede JA, Medicina Familiar hacia un nuevo modelo de atención de la salud. En la ed. Buenos Aires Akadia; 1997.
18. Muñoz-Hernández O, García-Peña M. del C, Vázquez-Estupiñán F. Perspectivas en medicina familiar Perspectives in Family Medicine Archivos en Medicina Familiar Artículo Editorial Vol.8 (3) 145-151.
19. Atri Zetune R .Confiability and validez del cuestionario de "Evaluación del Funcionamiento Familiar", Revista Mexicana de Psicología Junio 1993 Volumen 10, Número 1, 49-55.
20. INEGI. 2003. "Mujeres y Hombres en México 2003" 7ª edición. Ed. INEGI Pag. 138.
21. Vázquez Castañanos J.L., A. Panduro Cerda. "Diabetes Mellitus tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México" En: Investigación en Salud. 2001. Vol. III: 4
22. Arredondo M. Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries: the Mexican case. Diabetes Care 2004; 27, 1.
23. Hernández Salazar E. 'La epidemia del siglo XXI'. Asociación Mexicana de Diabetes capítulo Guanajuato. 2007
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México 1984.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le solicitamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será *absolutamente confidencial*.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo (5)
De acuerdo (4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
En desacuerdo (2)
Totalmente en desacuerdo (1)

1. Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2. Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza	1	2	3	4	5
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12. Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5

22 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
32. Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

Forma de calificación del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5) dados por el sujeto.
- c. El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- d. Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que podemos obtener, así como el mínimo.

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá de obtenerse el punto medio del puntaje, también llamado *punto de corte*, que es diferente en cada factor. Este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio. Digamos que si una persona contesta en todos los reactivos con el número 3, significará que no está de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las preguntas, es decir, que no tiene una tendencia positiva ni negativa. Por ello al obtener el punto medio o punto de corte, ya se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de éste.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por cinco, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Factor 1: involucramiento afectivo funcional

Reactivos:

1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35 y 38.

Total: 17 reactivos. Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$$17 \times 3 = 51 \text{ (punto de corte o punto medio).}$$

24 30 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo funcional.

El máximo de puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17.

Factor 2: involucramiento afectivo disfuncional

Reactivos:

3, 6, 7, 14, 15, 22, 30, 32, 34, 37 y 39.

Total: 11 reactivos. Reactivos redactados en negativo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$$11 \times 3 = 33 \text{ (punto de corte o punto medio).}$$

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional.

El máximo de puntaje a obtener es de 55 y el mínimo de 11.

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales

Reactivos:

5, 16, 25 y 27.

Total: 4 reactivos. Reactivos redactados en negativo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$$4 \times 3 = 12 \text{ (punto de corte o punto medio).}$$

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

Factor 4: patrones de comunicación funcionales

Reactivos:

8, 36 y 40.

Total: 3 reactivos. Reactivos redactados en positivo.

Anexo 3

Formato de datos biológicos y familiares

Familia	Folio	_____
Jefe de Familia Si (1) No (2)		_____
Edad (años)		_____
Genero Femenino 1 Masculino 2		_____
Ocupación Campesino 1, Obrero 2, Técnico 3, Profesional 4, Pensionado 5		_____
Escolaridad Primaria incompleta 1, primaria completa 2, secundaria 3, Técnica 4, Profesional 5, otra (6)		_____
Tipo de Familia Nuclear (1), Extensa (2), Extensa compuesta (3) Otra (4)		_____
Etapa familiar actual de ciclo Matrimonio (1), Expansión (2), Dispersión (3) Independencia (4) Retiro (5)		_____
Peso Kg.		_____
Talla Metros		_____
IMC		_____
Clasificación		_____
Tensión arterial mmHg	sistólica _____ diastólica _____	
Glucosa en mg/ dl	penúltima _____ última _____	